



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2000

---

**Qualitätssicherung und Qualitätsstandards in der stationären Suchttherapie :  
X. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie 9.  
Dezember 1999**

Wettach, Ralph ; Berger, Christa ; Hampson, Denise

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-93139>

Published Research Report

Published Version

Originally published at:

Wettach, Ralph; Berger, Christa; Hampson, Denise (2000). Qualitätssicherung und Qualitätsstandards in der stationären Suchttherapie : X. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie 9. Dezember 1999. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.

Institut für Suchtforschung (ISF)  
Konradstr. 32  
CH-8005 Zürich  
Fon 01 448 11 60  
Fax 01 448 11 70  
Mail [info@isf.unizh.ch](mailto:info@isf.unizh.ch)  
Web <http://www.suchtforschung.ch>



# Qualitätssicherung und Qualitätsstandards in der stationären Suchttherapie

X. Symposium des Forschungs-  
verbundes stationäre Suchttherapie  
9. Dezember 1999

Hrsg: Koordinationsstelle des FOS (KOFOS)  
Mit Beiträgen von Ralph H.U. Wettach, René Stamm,  
Ueli Simmel und Hans-Ruedi Pfeifer

Zusammengestellt von Ralph H.U. Wettach,  
Christa Berger und Denise Hampson  
unter Mitarbeit von Heidi Bolliger  
Leitung des Symposiums: Anja Dobler-Mikola

Die Tagung wurde vom Bundesamt für Gesundheit und vom  
MIGROS Kulturprozent unterstützt

©  
Der ganze Text ist für alle in-  
teressierten Personen frei zu-  
gänglich. Werden Inhalte ko-  
piert, zitiert oder andersweitig  
verwendet, so muss ein Verweis  
auf die ursprüngliche Quelle  
angebracht werden.

**F O S**  
Forschungsverbund  
stationäre Suchttherapie

Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung  
Nr. 108 2000



# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>BEGRÜSSUNG</b> (Anja Dobler-Mikola) .....	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>DAS PROJEKT Q U A F O S UND DER ENTWURF VON QUALITÄTSSTANDARDS FÜR DIE STATIONÄREN THERAPIEANGEBOTE</b> (Ralph H.U. Wettach) .....	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>DE Q U A F O S À QUATHÉDA</b> (René Stamm).....	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN UND KOORDINATIONSBEDARF VON QUALITÄTSSICHERUNG</b> (Ueli Simmel) .....	<b>20</b>
<b>6.</b>	<b>QUALITÄTSSICHERUNG AUS DER SICHT DER PRAXIS</b> (Hans-Ruedi Pfeifer) .....	<b>27</b>
<b>7.</b>	<b>ARBEITSGRUPPEN.....</b>	<b>32</b>
	7.1. Qualitätssicherung und Qualitätsprojekte: Behandlungsverbesserung oder administrative Papiertiger?.....	32
	7.2. Interne Qualitätssicherung: Austausch von Erfahrungen (Gruppe A).....	33
	7.3. Interne Qualitätssicherung: Austausch von Erfahrungen (Gruppe B).....	36
	7.4. Standards: sinnvolle Zielsetzung oder einschränkende Normierung? (Gruppe A).....	39
	7.5. Standards: sinnvolle Zielsetzung oder einschränkende Normierung? (Gruppe B).....	42
	7.6. Garantie de la qualité et projets de qualité: amélioration des traitements ou paperasse administrative?.....	44
<b>8.</b>	<b>PODIUMSDISKUSSION.....</b>	<b>49</b>
<b>9.</b>	<b>EVALUATION DES SYMPOSIUMS .....</b>	<b>52</b>

# 1. Einleitung

Die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der stationären Therapieangebote für Drogenabhängige war nach 1996 zum zweiten Mal das Leitmotiv eines FOS-Symposiums. Es wurde mit dem Ziel durchgeführt, die aktuellen Entwicklungen in der Praxis, bei den Behörden und in der Forschung darzustellen. Mit der erstmaligen Simultanübersetzung deutsch/französisch konnte eine wichtige Vorbedingung dieses Zieles erfüllt werden: es handelte sich damit um das erste *nationale* FOS-Symposium, an dem VertreterInnen der gesamten Schweiz teilnahmen. Ohne die finanzielle Unterstützung durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das MIGROS Kulturprozent hätte die Veranstaltung nicht durchgeführt werden können. Wir möchten uns dafür ganz herzlich bedanken.

Um das Ziel, die aktuellen Entwicklungen weitgehend abzubilden, zu erreichen, waren folgende Referate vorgesehen: Ralph H.U. Wettach vom Institut für Suchtforschung stellte in seinem Vortrag über die Standards einen Teilaspekt aus dem FOS-Spezialprojekt **QUAFOS** vor. René Stamm vom BAG erläuterte darauf den Anwesenden die Grundzüge und das Konzept von QuaTheDA, dem Qualitätsprojekt des BAG für die stationären Therapieeinrichtungen in den Bereichen Drogen und Alkohol. Ueli Simmel von der Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich (KOSTE) ging auf die verschiedenen Ebenen ein, welche bei der Einführung von Qualitätssicherung berücksichtigt werden müssen. Die gemeinsame Stellungnahme des Schweizerischen Dachverbandes Stationäre Suchthilfe (SDSS) und der Coordination romande des institutions et organisations oeuvrant dans le domaine des addictions (CRIAD) wurde von Dr. med. Hans-Ruedi Pfeifer vorgetragen. Die Beiträge sind in den Kapiteln drei bis sechs wiedergegeben.

Am Nachmittag diskutierten die 111 SymposiumsteilnehmerInnen die Referate in sieben thematischen Arbeitsgruppen. Die einzelnen Protokolle der geleiteten Gruppen sind in Kapitel sieben aufgeführt.

Den Abschluss des Symposiums bildete traditionsgemäss die Podiumsdiskussion mit den Referenten und zwei weiteren Teilnehmern: Markus Jann von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und Betrand Nussbaumer von der CRIAD. Anja Dobler-Mikola, die auch das Symposium leitete, moderierte die Podiumsdiskussion, deren Wortlaut in Kapitel acht aufgeführt ist.

Anlässlich des Jubiläums – das Symposium wurde zum zehnten Mal durchgeführt – offerierte der FOS am Ende allen TeilnehmerInnen einen Aperitif. Die OrganisatorInnen benutzten dabei die Gelegenheit, die Evaluationsbogen des

Symposiums einzusammeln. Die kommentierten Ergebnisse der Evaluation sind in Kapitel neun nachzulesen.

Herzlichen Dank an alle, die an der Organisation und Gestaltung des Symposiums mitgewirkt haben. Ein ganz spezieller Dank gilt dabei Anja Dobler-Mikola, die alle zehn Symposien mitgemacht und den FOS von Beginn an geleitet hat. Sie wird nun den Stab im Frühling 2000 weiter geben, da sie aus der Schweiz weg zieht. Für Ihre Zukunft in südlicheren Gefilden wünschen wir Ihr alles Gute.

*Koordinationsstelle des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie  
(KOFOS)*

## 2. Begrüssung

Anja Dobler-Mikola  
Institut für Suchtforschung

Ich werde Sie heute als Moderatorin durch den Tag führen. Zu Beginn möchte ich Sie zuerst einmal ganz herzlich zu unserem X. FOS-Symposium begrüßen. Das X. FOS-Symposium ist in vieler Hinsicht eine Premiere: es ist das erste Symposium, das im Winter stattfindet. Und es ist das erste Symposium, bei dem wir eine französische Simultanübersetzung haben. Es ist also das erste Symposium, das wir in diesem Sinne gesamtschweizerisch durchführen können. Das war uns schon immer ein Anliegen, und es ist deshalb ein erfreulicher Erfolg, dass wir das dieses Jahr anbieten können. Ich danke an dieser Stelle dem MIGROS Kulturprozent, das uns dieses Jahr mit einem namhaften Betrag unterstützt hat. Und ich möchte auch dem Bundesamt für Gesundheit danken, insbesondere Herrn Philippe Lehmann, der uns schon immer bei der Durchführung der Symposien unterstützt hat. Und mein ganz besonderer Dank gilt auch Herrn René Stamm vom Bundesamt für Gesundheit. Er hat es ermöglicht, dass wir heute die Übersetzungsdienste anbieten können. Es ist leider mein letztes Symposium, da ich im kommenden Frühjahr die Schweiz verlassen werde, um an einem südlicheren Ort Wohnsitz zu nehmen.

Da heute das X. Symposium stattfindet, und dies gleichzeitig mein letztes Symposium ist, bietet sich ein Rückblick an. Was ist eigentlich die Idee des FOS? Als ich in die Suchtforschung eingestiegen bin, war ich noch recht jung und hatte noch viele Ideale. Und ein Ideal war: ich wollte nie Grundlagenforschung machen. Ich war immer der Meinung, die Forschung legitimiere sich über ihre Brauchbarkeit in der Praxis. Dies setzt einen Austausch zwischen Forschung und Praxis voraus. Und dies entsprach schon immer einer zentralen Idee von FOS. FOS ist ein wichtiges Gremium für diesen Austausch von Forschung und Praxis. Deshalb sind die FOS-Symposien auch immer etwas anders organisiert als andere wissenschaftliche Symposien. Wir wollten eine Übermacht der Forschung vermeiden, indem die Forschung der Praxis vorgibt, was diese zu machen hat. Uns war hingegen wichtig, dass sich die Forschung an der Praxis überprüft. Wir wollten also einen gleichberechtigten Austausch führen. Deshalb lag die Arbeitsgruppenleitung im Rahmen der FOS-Symposien nicht bei den ForscherInnen, sondern immer bei VertreterInnen der Praxis. Und ich möchte Sie auch heute wieder ermuntern, die Arbeitsgruppen zur kritischen Auseinandersetzung mit der Forschung zu nutzen, indem Sie sich die Frage stellen, ob die Forschung,

die wir machen, wirklich sinnvoll ist, und ob Sie Ideen, Inputs und Anregungen haben, die Sie an die Adresse der Forschung richten möchten.

Inwieweit haben die FOS-Symposien diese Rolle einigermaßen erfüllen können? Es ist ja so: Ideale sind Ideale, und die Realität sieht immer ein bisschen anders aus. Die Umsetzung braucht erheblich viel länger, als man sich das zu Beginn vorstellt. Ich habe zurückgeschaut und mich gefragt, mit welchen Themen haben wir uns an unseren Symposien auseinandergesetzt. Die ersten drei Symposien widmeten sich Fragen aus der Praxis sowie Fragen aus der Forschung. Es ging also darum, sich aneinander heranzutasten bzw. zueinander zu finden. Das vierte Symposium hatte das Thema "Therapieaufenthalt, Therapiebeurteilung, Therapieerfolg". Man sieht also, bevor "Qualitätssicherung" breit thematisiert wurde, haben wir uns schon damals mit ähnlichen Fragen auseinandergesetzt. Uns beschäftigten bereits damals Fragen wie "Erfolg - was ist das?", "was wollen wir eigentlich erreichen?" und "wie messen wir das?". Bis zum siebten Symposium stand also das Thema "Therapieerfolg" schon im Mittelpunkt. Im folgenden gewannen dann die Themen "Qualitätssicherung", "Controlling" und "Mapping" an Bedeutung. Danach folgte die Phase des Umbruchs für die stationären Therapiestationen. Entsprechend dazu widmeten sich die nächsten Symposien dann mehr dem Angebot. Die Frage, welche Angebote für welche KlientInnen wichtig sind, rückte vermehrt in den Vordergrund. Heute führen wir zum zweiten Mal ein Symposium zum Thema "Qualitätssicherung" durch. Es geht darum, dass hierzu Forschung, Praxis und Controllingstellen miteinander ins Gespräch kommen, um gemeinsame Vorstellungen und Ziele bezüglich "Qualität" und "Qualitätssicherung" zu entwickeln.

Was ist nun "Qualität"? Wenn wir über "gut" und "schlecht" reden, gehen wir normalerweise von normativen Vorstellungen aus. Das ist ein wichtiger Pfeiler unseres Qualitätsverständnisses. Ein weiterer ist derjenige der empirischen Evidenz. Wir können nicht etwas als "gut" bezeichnen, das sich durch empirische Forschung nicht auch bestätigen lässt. Und "Qualität" muss sich drittens als realitätsadäquat erweisen. Wir müssen vermeiden, Idealvorstellungen zu Normen zu erklären, sondern wir müssen uns fragen, welche Qualität ist angesichts der vorfindbaren Realität die wirklich optimale Qualität. Mit diesen ersten Definitionen bzw. Ansätzen von "Qualität" möchte ich diese Begrüssung abschliessen.

Ich möchte noch etwas zu meinem Abschied sagen: Ich war 13 Jahre in der Suchtforschung. 13 Jahre habe ich den FOS begleitet. Ich bin eine der wenigen Personen hier, welche alle zehn Symposien erlebt haben. Der FOS ist für mich etwas sehr wichtiges. Ich habe mich nun entschlossen zu gehen, und ich gehe gerne. Aber ich verabschiede mich auch mit einer gewissen Wehmut heute. Ich hoffe, dass sich mit mir bestimmte Ideale von FOS nicht mit verabschieden. Ich werde mit Spannung verfolgen, wie die nächste Generation die FOS-Ideale

weiterentwickeln wird. Und ich möchte Ihnen allen für die Zusammenarbeit ganz herzlich danken.



### 3. Das Projekt **Q U A F O S** und der Entwurf von Qualitätsstandards für die stationären Therapieangebote

Ralph H.U. Wettach  
Institut für Suchtforschung

#### Einleitung

Im vorliegenden Referat möchte ich Ihnen den Stand des Entwurfs der Standards vorstellen, welche bis jetzt im Projekt **Q U A F O S** formuliert wurden. Diese werden für die stationären Therapieangebote für Drogenabhängige entwickelt. Der Prozess der Formulierung der Standards ist im Gange, ich werde Ihnen heute Beispiele von bereits vorliegenden Standards vorstellen.

Das Referat hat den folgenden Aufbau. Zuerst werde ich auf die Entwicklung der Standards eingehen. Als zweites möchte ich über die Ziele und Merkmale von Standards sprechen. Im dritten Teil stehen Beispiele von Standards im Zentrum. Es handelt sich dabei um Beispiele von Standards aus den gesamten, bis anhin in **Q U A F O S** formulierten Standards.

#### 1. Teil: Entwicklung der Standards

Wie sind die vorliegenden Standards entstanden? Wer ist daran beteiligt?

Federführend ist das Projekt **Q U A F O S**, welches am Institut für Suchtforschung durchgeführt wird. Finanziert wird dieses Projekt vom Bundesamt für Gesundheit (BAG). Das Projekt wird von einer Expertengruppe begleitet und unterstützt (Abb. 1). In dieser Expertengruppe werden die Standards formuliert, sie bildet quasi das Zentrum der Standardentwicklung. Ziel dieses Prozesses ist es, Rahmenbedingungen für die Formulierung von Standards zu schaffen und einen Entwurf, einen Vorschlag von Standards zu unterbreiten. Die Klärung, ob, wie und von wem diese Standards verwendet werden, ist Teil dieses Prozesses.

Das heutige Symposium hat in dieser Entwicklungsphase eine wichtige Rolle inne, indem hier eine erste Rückmeldung zu den Standards erfolgen soll (Abb. 1). Es geht dabei um die Rückmeldungen, die aus den Arbeitsgruppen gemacht werden, die sich mit den Standards beschäftigen. Dieses Feedback wird im weiteren Prozess der Formulierung der Standards in der Expertengruppe berücksichtigt.

Wie wird bei der Formulierung der Standards vorgegangen?

Ein zentrales Anliegen bei der Formulierung der Standards ist, dass sie nicht rein normativ festgesetzt werden, sondern dass auch empirische Ergebnisse miteinbezogen werden. Grundlage dazu bilden die wissenschaftlichen Datenerhebungen bei den stationären Therapieangeboten für Drogenabhängige (Abb. 1). 1998 und 1999 wurden hierzu Informationen über die Strukturqualität, die Prozessqualität sowie die Ergebnisqualität erfasst.

Indem Standards mit der realen Situation bei den Therapieeinrichtungen verglichen werden, soll erstens versucht werden, die Formulierung von unrealistischen Standards zu vermeiden. Zweitens werden die gesammelten Daten über die Einrichtungsstruktur und über das Therapieergebnis der KlientInnen kombiniert. Dadurch soll mit Hilfe von statistischen Analysen herausgefunden werden, welche der erfassten Institutions- und Behandlungselemente den Therapieerfolg der KlientInnen beeinflussen. Zudem werden als Grundlage bereits vorhandene Standards benutzt, wie z.B. die Rahmenbedingungen der Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS) oder die qualitativen Bedingungen des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) (Abb. 1).

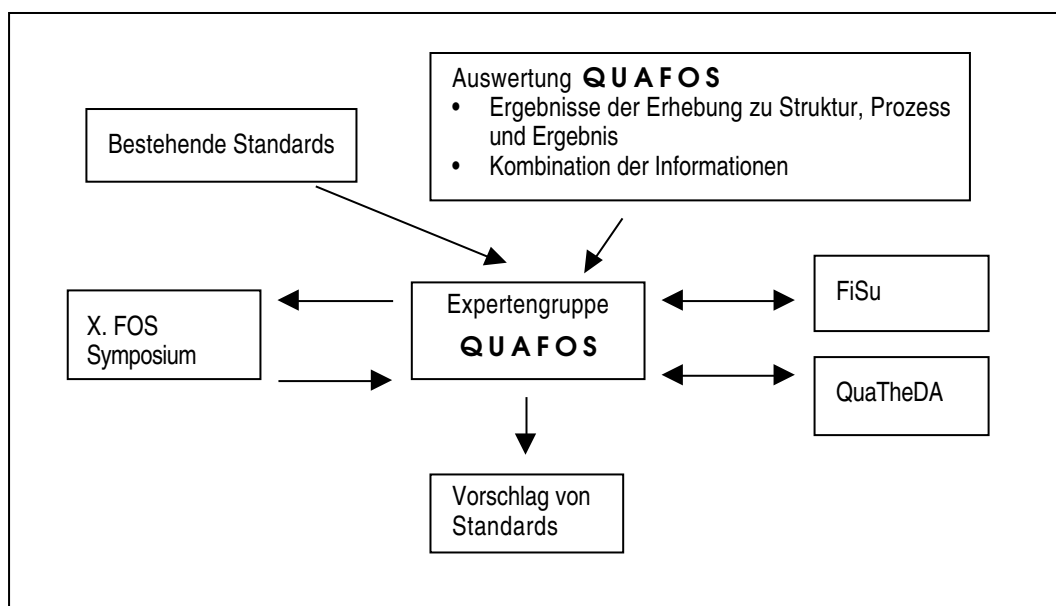


Abbildung 1: Entwicklung der Standards

Wieso sollen überhaupt neue Standards entwickelt werden, wenn bereits welche existieren?

Die bestehenden Standards haben den Nachteil, dass sie nur Standards zur Strukturqualität festlegen, jedoch die Prozess- wie auch die Ergebnisqualität

nicht berücksichtigen. Zudem sind sie meist rein normativ, also ohne empirische Basis, festgelegt worden.

Aus wem besteht die Expertengruppe?

Es wurde bei der Zusammensetzung auf den Einbezug möglichst vieler beteiligter Interessengruppen geachtet. Das aus elf Personen bestehende, interdisziplinäre Gremium setzt sich aus VertreterInnen der Praxis, der Forschung sowie aus kantonalen und Bundesbehörden zusammen. Zudem sind auch Beteiligte der beiden BAG-Projekte QuaTheDA, von dem heute noch die Rede sein wird, und FiSu einbezogen. Dies stellt sicher, dass zwischen diesen Projekten eine Koordination der Aktivitäten stattfinden kann (Abb. 1). In diesem Prozess der Standardformulierung werden also Grundlagen erarbeitet und Erfahrungen gemacht, an welchen verschiedene Perspektiven beteiligt sind: das normative Element der Behörden, die praxisbezogene Perspektive der Therapieeinrichtungen und die evidenzbezogene Sichtweise der Forschung.

## **2. Teil: Merkmale und Ziele von Standards**

Ich komme jetzt zum zweiten Teil meines Referates: den Zielen und Merkmalen der Standards. Wenn Standards formuliert werden, sind vier Fragen zu bedenken. Bei der Beantwortung dieser Fragen bezüglich der vorliegenden Standards müssen einige offen bleiben. Dennoch ist es wichtig, sich diese vor Augen zu halten.

Erstens: was ist das Ziel der Standards?

Bei Standards geht es in erster Linie immer um die Beurteilung und Gewährleistung der Qualität eines Gegenstandes, sei es ein Produkt oder eine Dienstleistung. Dabei können zwei verschiedene Arten von Standards festgelegt werden. Soll mit den Standards ein minimales Niveau der Qualität bestimmt werden? Und wenn diese Minimalstandards nicht erfüllt würden, so wären Massnahmen zu ergreifen, um sie zu erreichen. Oder soll mit Standards ein gewünschtes – ein ideales – Qualitätsniveau festgesetzt werden? Bei dieser Anwendung geht es darum, ein Qualitätsziel zu setzen, dessen Erfüllung als sehr gute Qualität betrachtet würde. Bei den hier vorgestellten Standards sollen beide Zielsetzungen berücksichtigt werden, indem sowohl Minimalstandards wie auch Referenzstandards, die eine gewünschte Qualität vorgeben, formuliert werden.

Zweitens: wer garantiert wem für was die Qualität?

Diese Frage ist zu diesem Zeitpunkt nur teilweise beantwortbar. Diese Frage wird zu beantworten sein, wenn die Standards zu Anwendung gelangen. Es ist z.B. vorstellbar, dass eine Therapieeinrichtung ihrer Trägerschaft gegenüber die Standards garantiert, oder dass man gegenüber Behörden oder Kostenträgern die Qualität ausweist. Die Standards bilden dabei die Grundlage für eine sachli-

che Auseinandersetzung über verschiedene Qualitätsperspektiven. Auch das "für was" ist aushandelbar. Die Standards könnten z.B. auch nur für gewisse Bereiche der Therapie übernommen werden, für andere Bereiche wiederum nicht.

Drittens: wer beurteilt die Erreichung der Standards und wie wird das gemessen? Erhalten die Institutionen ein Feedback der Beurteilung?

Diese Frage wird zu behandeln sein, wenn die Standards zur Anwendung gelangen. Im Projekt **QUAFOS** werden Grundlagen für eine Verwendung von Standards erarbeitet. Wie dieser Prozess danach weiter verläuft, ist zur Zeit offen. Die Beurteilung kann sowohl intern, innerhalb der Institution, erfolgen, als auch durch eine externe Instanz. Die externe Beurteilung ist auch immer wieder wichtig, um die Standards in einer sich verändernden Umgebung von aussen zu überprüfen, zu objektivieren und weiterzuentwickeln.

Viertens: welche Konsequenzen hat es, wenn die Standards nicht erreicht werden?

Diese sehr wichtige Frage ist ebenfalls im Prozess der möglichen Anwendungen und Umsetzungen zu beantworten. Dabei geht es um das Thema, wie sanktionierend oder fördernd die Konsequenzen sind.

### **Merkmale der QUAFOS Standards**

Welche Merkmale haben die Standards, die im Projekt **QUAFOS** formuliert werden?

Es wird versucht, *realistische* Standards zu formulieren. Standards, bei denen Informationen über die reelle Verteilung bei den Therapieeinrichtungen vorhanden sind, werden mit diesen verglichen. Zu hohe oder illusorische Standards können so verändert oder verworfen werden.

Nicht überprüfbare Standards machen keinen Sinn. Bei der Formulierung wird deshalb besonderes Augenmerk darauf gelegt, dass die Standards *überprüfbar* sind.

Ein wichtiges Merkmal von Standards ist, dass sie *entwicklungsfähig* sind. Im Rahmen dieses Projektes werden Standards als Grundlage für weitere Entwicklungen formuliert. Abhängig von Veränderungen der Therapielandschaft und der Bedürfnisse der KlientInnen, von politischen Entscheidungen sowie von der Verwendungsart der Standards sollen, können und müssen die Standards weiter entwickelt und neuen Gegebenheiten angepasst werden.

## **Bereiche und Arten von Standards**

Zu welchen Bereichen werden im Projekt **QUAFOS** Standards formuliert?

Es sollen zur Strukturqualität, zur Prozessqualität und zur Ergebnisqualität Standards formuliert werden. Zur Zeit ist die Expertengruppe mit den Standards zur Struktur beschäftigt, welche den umfangreichsten Teil darstellen. Deshalb werden in der Folge Beispiele aus der Gesamtzahl der bereits formulierten Strukturstandards vorgestellt. Der Therapieprozess und das Therapieergebnis werden im ersten Quartal 2000 bearbeitet.

Wie bereits vorher erwähnt, sollen in **QUAFOS** sowohl Minimalstandards als auch Referenzstandards entwickelt werden. Die Referenzstandards sollen im Sinne einer Vorgabe eine Orientierung bieten, ein Ziel setzen, dessen Erreichung als sehr gute Qualität gilt.

Um die Orientierung zu erleichtern, stelle ich kurz die verschiedenen Typen von Standards vor. Bis anhin wurden drei Typen von Standards formuliert. Der erste Typ beinhaltet eine reine Deklarationspflicht von Strukturaspekten. Es handelt sich dabei um Aspekte wie die Anzahl Plätze oder das Therapieangebot. Das Interesse dahinter ist die Transparenz und das Informationsbedürfnis. Diese Informationen sollen öffentlich und zugänglich sein. Der zweite Typ von Standards legt zwar fest, dass ein bestimmter Aspekt vorhanden sein muss, ohne jedoch eine inhaltliche Ausprägung vorzugeben. Es geht hier darum, dass diese Aspekte als wichtig erachtet werden, dass aber keine unnötigen Vorgaben im Sinne einer Überreglementierung gemacht werden. D.h. die Ausprägung des Strukturmerkmals liegt in der Verantwortung und Kompetenz der Therapieeinrichtungen. Beim dritten Typ besteht eine inhaltliche Ausprägung. Diese kann rein inhaltliche Vorgaben oder aber auch quantitative Vorgaben beinhalten. Bei diesem Standard ist auch möglich, dass auf andere Richtlinien verwiesen wird, um das Rad nicht noch einmal erfinden zu müssen. Das Interesse hinter dem dritten Standardtyp ist, dass sich zu einem Merkmal eine gewisse Ausprägung als gut erwiesen hat oder als wichtig beurteilt wird und deshalb eindeutig festgelegt wird. Wenn die Ausarbeitung von inhaltlichen Ausprägungen eine längerfristige Arbeit benötigt, so wird teilweise auf das Projekt QuaTheDA verwiesen, in welchem dann die genauere Ausarbeitung von Leitlinien stattfinden wird. Dieses Vorgehen ist mit dem Projekt QuaTheDA koordiniert.

### **3. Teil: Beispiele von Standards zur Einrichtungsstruktur**

Ich möchte Ihnen jetzt zu den letzten zwei Typen drei Beispiele von Strukturstandards zeigen, die im Projekt **QUAFOS** formuliert wurden. Dabei gehe ich auch auf die empirische Basis dieser Standards ein. Für die Diskussion in der

Arbeitsgruppe, die sich mit Standards beschäftigt, werden zu den verschiedenen Typen weitere Beispiele von Standards verteilt.

Als Beispiel eines Standards ohne inhaltliche Ausprägung stelle ich den Standard zum Austrittsprogramm vor. Der Minimalstandard und der Referenzstandard sind in diesem Beispiel und auch bei den anderen Beispielen identisch. Der Standard lautet:

"Ein individuelles Vorbereitungsprogramm für den Austritt wird durchgeführt."

Dies bedeutet, dass ein individuell auf den/die KlientIn zugeschnittenes Vorbereitungsprogramm geplant und durchgeführt werden soll. Über die inhaltliche Ausprägung dieses Vorbereitungsprogramms werden jedoch keine Angaben gemacht. Diese liegen in der Verantwortung und Kompetenz der Einrichtungen. Die Auswertung der Datenerhebung zur Struktur der Einrichtungen mit Hilfe von MIDES ergab, dass neun von zehn Therapieeinrichtungen ein solches individuelles Austrittsprogramm durchführen. 8% der untersuchten 88 Institutionen führen ein Standard-Austrittsprogramm durch und 3% weisen kein solches Programm auf. Die empirische Überprüfung des Standards ergab also, dass es sich nicht um einen unrealistischen Standard handelt, sondern dass viele Therapieeinrichtungen diesen Standard bereits erfüllen. Einige Therapieeinrichtungen würden jedoch aufgrund dieses Standards ihr Austrittsprogramm individualisieren oder überhaupt erst eines einführen müssen.

Das nächste Beispiel ist ein Standard, in welchem auf das Projekt QuaTheDA verwiesen wird. Es handelt sich dabei um die Führung von KlientInnen-Dossiers. Der Standard lautet:

"Führung von KlientInnen-Dossiers bzw. Krankengeschichten nach einheitlichen Vorgaben. Entscheidungen werden schriftlich darin festgehalten. Weiterführende Leitlinien dazu werden in QuaTheDA entwickelt."

Einerseits wird in diesem Standard vorgegeben, dass die Dossiers nach einheitlichen Vorgaben geführt werden. Andererseits wird für eine weitere Differenzierung dieses inhaltlichen Standards auf QuaTheDA verwiesen, wobei dieses Vorgehen selbstverständlich mit dem Projekt QuaTheDA koordiniert ist. Dabei sollen einheitliche Richtlinien entwickelt werden, welche Themen unbedingt in einem KlientInnen-Dossier dokumentiert sein sollten, damit alle relevanten Aspekte darin enthalten sind.

Das letzte Beispiel handelt von einem Standard mit quantitativer, inhaltlicher Ausprägung. Es geht dabei um die Auslastung der Einrichtungen. Im Rahmen der MIDES Auswertungen zeigte sich, dass 8% der Einrichtungen 1998 eine Halbjahresauslastung von über 100% auswiesen. Dies ist einerseits erfreulich für die einzelne Einrichtung, andererseits sind die Einrichtungen nicht auf eine permanente Überbelegung ausgerichtet und die Qualität der Therapie könnte

darunter leiden. Deshalb wurde ein Standard zur Auslastung definiert, der die maximale Überbelegungsdauer festlegt:

"Die Auslastung ist pro Jahr nicht länger als 2 Monate über 100% (Kumulation der Überbelegungszeit)".

Dieser Standard bedeutet, dass die Auslastung über ein ganzes Jahr gesehen nicht länger als zwei Monate über 100% sein darf. Dabei muss die Überbelegungszeit nicht zwei Monate hintereinander stattfinden, sondern die *insgesamte* Überbelegungszeit pro Jahr sollte summiert nicht länger als zwei Monate sein.

### **Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich folgendes festhalten:

Standards eignen sich, um einerseits ein minimales Qualitätsniveau zu gewährleisten und andererseits um Qualitätsziele zu setzen.

Standards sollten realistisch und überprüfbar sein sowie durch ihre Veränderbarkeit den Entwicklungen anpassbar sein.

Im Projekt **QUAFOS** werden Grundlagen für Standards zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von stationären Therapien für Drogenabhängige entwickelt. In den Prozess der Standardformulierung wurden die praxisbezogene Sichtweise, die normative Betrachtungsweise und die evidenzorientierte Perspektive einbezogen.

## 4. De Q U A F O S à QuaThéDA

René Stamm

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

### Introduction

Vu le temps très bref, je vais centrer mon intervention sur 2 questions:

1. QuaThéDA c'est quoi ?
2. En quoi QuaThéDA s'inscrit-il dans la continuité de la démarche FOS – **Q U A F O S** et en quoi s'en différencie-t-il ?

Avant de développer ces deux questions, un bref retour en arrière pour rappeler le contexte dans lequel est né QuaThéDA:

En décembre 1998, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) informe les institutions que ses subventions Assurance-invalidité structurel ne seront versées à partir de janvier 2002 qu'aux institutions qui auront introduit un Système de management de la qualité (SMQ) répondant à 5 exigences et remplissant 19 critères. Les institutions ont le choix d'un SMQ, mais seulement parmi ceux qui seront agréés par l'OFAS.

Après l'analyse des conséquences que cela aura sur la politique de l'OFSP dans le domaine des thérapies résidentielles, nous décidons de créer notre propre SMQ. En effet, nous craignons que la prolifération de SMQs empêche toute comparaison entre les institutions, enlevant par là-même un outil puissant de la démarche qualité: le benchmarking. L'ISF et l'OFSP craignent que les résultats du projet **Q U A F O S** ne soient pas utilisés, de même qu'ils craignent finalement que les institutions ne répondent que formellement aux exigences qualité de l'OFAS, sans véritablement se lancer dans un processus d'amélioration constant de la qualité de leurs prestations, c'est-à-dire les traitements des patients. L'OFSP a donc décidé de développer son propre SMQ, afin de s'assurer que le patient reste au centre de toutes les préoccupations. Il l'a appelé QuaThéDA (qualité thérapie drogue alcool) pour montrer la dimension nationale en trois langues.

En résumé, voici comment l'OFSP conçoit son rôle:

1. Créer les conditions-cadre pour poursuivre le développement de la qualité.
2. Assurer la coordination avec les projets concomitants FiSu et act-info.



3. Harmoniser les critères, les standards, les instruments et la terminologie pour faciliter la communication et la comparaison.
4. Coordonner les efforts des autorités administratives en matière de «certification».

### **QuaThéDA c'est quoi ?**

En introduction à ce chapitre, il faut brièvement rappeler quelques principes fondamentaux de la démarche qualité. Ils permettront de définir les différences entre **QUAFOS** et QuaThéDA:

- culture orale à culture écrite,
- maîtriser les processus, c'est-à-dire la manière de réaliser nos activités ou nos prestations,
- institutionnaliser le processus d'amélioration continue.

Cela implique la nécessité de se poser un certain nombre de questions:

1. Quelles prestations spécifiques offrons nous dans le cadre de notre traitement ?
2. Quels objectifs thérapeutiques (pris ici au sens large du terme et pas au sens strictement psycho-thérapeutique) poursuivent nos traitements ?
3. La description en détail des processus permet de révéler les dysfonctionnements
4. Documenter son travail permet de vérifier s'il est effectué de manière conforme
5. Avons-nous d'autres points de référence à quoi nous mesurer ?
6. Avons-nous entrepris ce qu'il fallait pour changer ce qui ne fonctionne pas ?

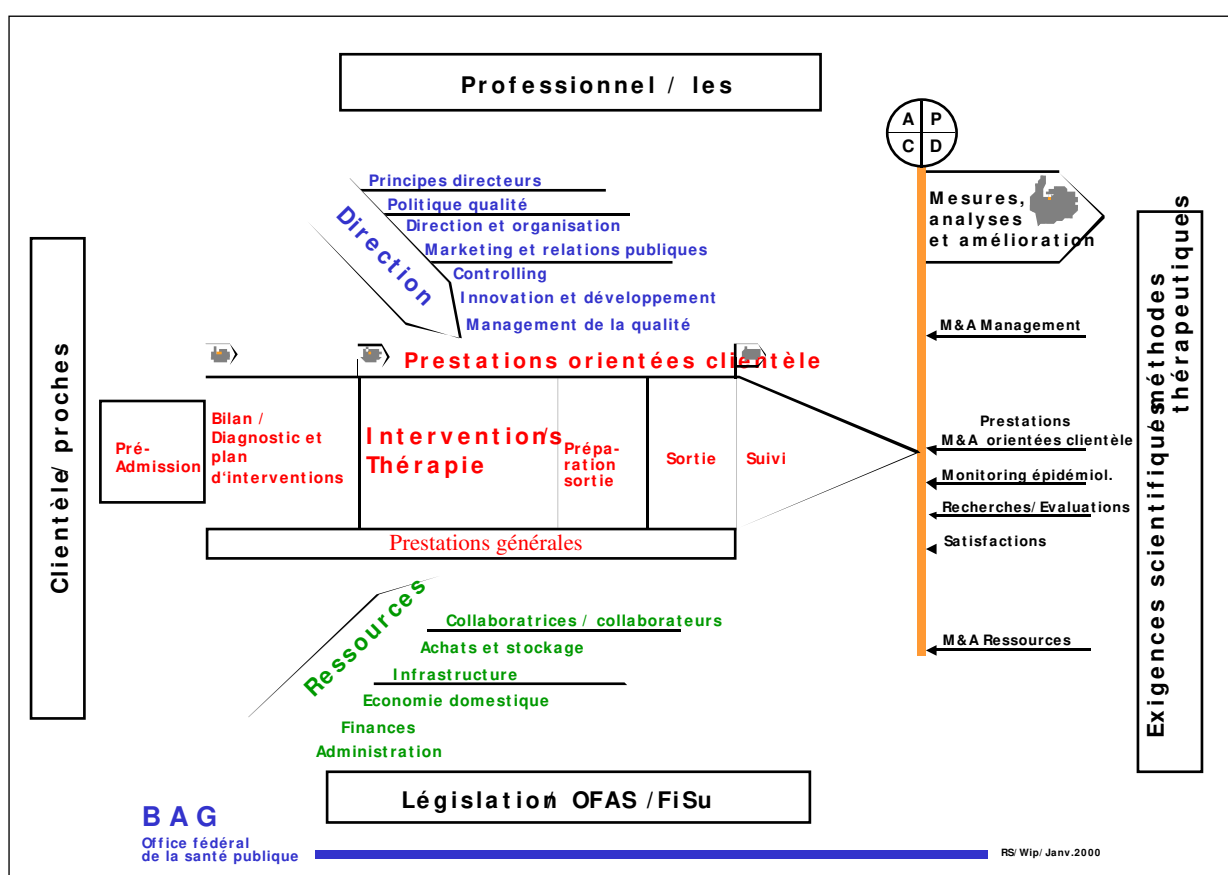
QuaThéDA va introduire les principes fondamentaux du management de la qualité. De cette manière, les institutions qui voudraient se faire certifier selon la Norme ISO auront la possibilité de le faire. Mais, pour ne pas nous perdre dans ce que j'appellerais le risque du «formalisme qualité», faire de l'art pour l'art, nous allons toujours garder à l'esprit les 4 questions-guide:

quels traitements ? pour quels patients ? avec quels résultats ? à l'aide de quelles ressources ?

Elles nous rappellent le sens de notre mission: permettre à des personnes dépendantes d'apprendre à vivre sans produit. C'est notre responsabilité envers les patients. Envers la société, qui nous finance, nous avons la responsabilité de mener ces traitements de la manière la plus efficace et efficiente possible.

QuaThéDA va opérer un changement de cap important par rapport à la conception de la qualité qui prévalait dans notre milieu professionnel: jusqu'ici, la notion de qualité s'était plutôt fixée sur les aspects structurels (le VSD avait développé un certain nombre de critères, repris et modifiés par la KKBS et le VCRD). Nous allons maintenant focaliser notre attention sur la qualité des processus et des résultats, et ne considérer la qualité structurelle que comme conditions-cadre à remplir pour faciliter les activités de traitement. **QUAFOS** s'est attaqué à la qualité des processus. QuaThéDA va s'appuyer sur ces résultats pour construire ce qu'on appelle en management de la qualité «l'architecture des processus».

Voici donc le schéma général de base sur lequel va se construire QuaThéDA (graphique 1):



graphique 1: Le modèle de QuaThéDA

La démarche qualité différencie 3 ou 4 ou parfois 5 catégories de processus principaux (Kernprozesse). J'en ai ici pris 3: processus de réalisation (ou de traitement), de direction et de soutien (graphique 1). Nous allons réfléchir à la catégorisation la plus pertinente pour le domaine des dépendances et fixer cela comme cadre de référence, dans lequel vous allez ensuite définir vos propres

processus, c'est-à-dire votre manière de faire. Exemples de processus de direction: budgétisation, planification de la stratégie, gestion de la qualité, etc.

Ce schéma n'est pas encore validé par le groupe de travail qui va concevoir définitivement QuaThéDA. Il n'est donc pas à prendre à la lettre. Il a aujourd'hui valeur d'exemple pour expliquer la démarche. Je puis déjà vous le montrer, car il a reçu jusqu'ici un écho très positif par toutes les personnes à qui il a été présenté.

Centrons-nous ici sur le processus principal: celui du traitement. Là de nouveau, nous allons le subdiviser en phases standards qui constitueront pour vous la grille à l'intérieur de laquelle définir vos processus particuliers (graphique 1): pré-admission, diagnostic et plan d'interventions, interventions/thérapie, processus de sortie et éventuellement suivi (Nachsorge). Cette catégorisation en sous-processus n'est pas une invention fantaisiste: elle a été reprise des travaux de **QUAFOS**.

La difficulté conceptuelle de l'exercice consiste à concevoir des catégories de sous-processus qui permettent d'une part de créer les conditions-cadre pour comparer les activités, mais qui ne soient pas trop contraignantes, pour vous permettre de vous y retrouver et de définir dans cette grille vos propres processus. Ces catégories ne pourront pas être identiques pour toutes les institutions en raison de leurs missions différentes. QuaThéDA sera donc modulaire, très vraisemblablement selon les catégorisations définies par l'ISF: sevrage, unités de transition, thérapie semi-résidentielle, placement familial, structure de jour, appartement protégé, suivi ambulatoire, etc.

Sur la partie supérieure de la graphique 1 vous reconnaissez les éléments structurels qui constituent les conditions-cadre à réaliser pour optimiser le bon fonctionnement de l'institution. De fait ils constituent les éléments des différents concepts. Ils sont ici différenciés pour la clarté de la présentation.

Mais vous voyez aussi qu'est placé sur le schéma un instrument développé par l'ISF pour mesurer le taux de satisfaction des clients, le KLIFS (Klienten-Befragung zur Suchtbehandlung). Cet exemple doit vous montrer comment petit à petit nous pourrions introduire des instruments de travail communs à tous, qui vous permettront de vous comparer d'une part, mais également de recueillir des données comparables qui pourront faire l'objet de futures projets de recherche, confiés à l'ISF par exemple. La nouvelle statistique harmonisée en matière de dépendance pourra aussi être utilisée de manière standardisée.

D'ici à fin 2001, nous n'aurons pas le temps de tout faire. Nous allons donc nous centrer sur l'installation des critères de l'OFAS, afin que vous soyez sûrs de continuer de percevoir ses subventions. La date du 31.12.2001 ne marque donc pour le programme-cadre QuaThéDA que la fin de sa première étape. Il va se poursuivre au cours de ces 5 à 10 prochaines années.

## **QUAFOS et QuaThéDA, le changement dans la continuité...**

... pour reprendre une célèbre formule du Président Giscard d'Estaing. Fondamentalement, QuaThéDA poursuit donc la démarche mise en place dans le cadre de FOS:

- Notre SMQ va se construire en terme de contenu sur les résultats de MIDES et de **QUAFOS**, reprenant les catégorisations effectuées et les critères qui ont été définis.
- Le programme-cadre QuaThéDA va poursuivre l'idée de rencontres nationales, comme aujourd'hui et celle du 21 octobre à Berne, où des données collectées, analysées et évaluées sont restituées aux institutions. Lorsque QuaThéDA sera installé dans les institutions, l'OFSP, avec son groupe de pilotage QuaThéDA, définiront annuellement des thèmes qui feront l'objet d'un investissement particulier. Donnons pour exemple: comment parvenir à un diagnostic complet du patient à l'entrée et comment l'affiner en cours de thérapie, comment préparer la sortie, l'organisation du suivi, etc.
- Le programme national QuaThéDA offrira des formations ponctuelles pour vous soutenir dans ce processus d'amélioration à long terme. Ainsi sera garanti un processus d'amélioration constante, non seulement au niveau des institutions particulières, mais de tout le système de l'offre de thérapies résidentielles.
- A terme, des standards de qualité seront définis. **QUAFOS** en a déjà définis un certain nombre. QuaThéDA pourra s'appuyer sur ces travaux. Prenons un exemple simple: le critère 1.3. de l'OFAS exige des concepts écrits, pour lesquels il donne simplement les têtes de chapitre. La vraie question est de savoir ce qui constitue un bon concept, qui serve véritablement de guide pour déployer les activités de l'institution. Un groupe de travail pourrait définir par exemple les questions auxquelles il faudra que les concepts apportent des réponses. Ces réponses constitueraient le standard à atteindre.

On peut affirmer que l'OFSP ne se serait sans doute pas lancé dans ce projet, s'il n'avait pas pu se baser sur une culture professionnelle déjà existante dans le milieu résidentiel. Une telle démarche serait sans doute irréaliste actuellement dans le milieu ambulatoire. Cela ne signifie pas que nous allons le laisser de côté. Au contraire il est prévu de développer un jour un QuaThéDA pour le domaine ambulatoire qui reprendra les principes sur lesquels sont basés QuaThéDA, afin de rendre les deux systèmes compatibles.

Les 2 éléments suivants sont nouveaux et définissent le changement:

- QuaThéDA est un système de management de la qualité, ce que **QUAFOS** n'a jamais été. **QUAFOS** a simplement défini des critères et des standards auxquels vous pouvez vous orienter.

- **QUAFOS** n'avait aucun caractère obligatoire. QuaThéDA va comprendre des éléments obligatoires. Ce sera en quelque sorte le module OFAS: les 5 exigences envers le SMQ lui-même et les 19 critères de contenu.

QuaThéDA comprendra-t-il d'autres éléments obligatoires? Ceci constitue une question centrale qu'il s'agira de discuter avec les partenaires directement concernés: les cantons et les associations professionnelles. Ce n'est au fond pas à l'OFSP d'en décider, puisque nous n'avons aucune compétence légale pour imposer quoi que ce soit. Le contrôle qu'implique la notion de normes ou de critères obligatoires à respecter, est une compétence située auprès des cantons. L'OFSP ne peut donc que jouer son rôle de stimulateur et de coordinateur. Au stade actuel de la réflexion, on peut parfaitement imaginer un système modulaire, avec des éléments obligatoires et des éléments facultatifs. Les institutions auraient le choix de mettre en oeuvre tel ou tel nouveau module facultatif de QuaThéDA, qui s'ajouterait au module obligatoire OFAS.

J'espère que cette trop brève présentation vous aura permis de saisir ce à quoi QuaThéDA va ressembler. Vous en apprendrez plus les 25 et 26 janvier 2000, dates des premières journées d'information du programme national QuaThéDA, qui auront lieu à Lausanne et Olten. A ce moment-là nous devrions être en mesure de vous confirmer que l'OFAS a agréé notre SMQ. Vous avez reçu au début du mois QuaThéDA-Info 2, qui vous en dit plus sur ces journées et l'état d'avancement du projet. Vous trouvez toujours tous ces renseignements sur les sites internet de l'OFSP et d'infoset direct. Je n'entrerai donc pas dans ses détails-là.

Je me tiens volontiers à votre disposition tout au long de cette journée pour répondre à des questions particulières. Je vous remercie de votre attention.

## 5. Strukturelle Rahmenbedingungen und Koordinationsbedarf von Qualitätssicherung

Ueli Simmel

Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Cher collègues de la Suisse romande

Im Untertitel meines Referats wurden mir 3 Fragen gestellt:

- Wie kann Qualitätssicherung in bestehende Strukturen und übergeordnete Systeme eingebettet werden?
- Wie sollen die Institutionen mit den unterschiedlichen Qualitätsprojekten und -modellen umgehen?
- Welche Haltung nimmt die KOSTE bezüglich der Qualitätssicherung der stationären Therapieangebote ein?

Ich werde zunächst auf diese Fragen eingehen und abschliessend auf den Koordinationsbedarf zu sprechen kommen.

### **Wie kann Qualitätssicherung in bestehende Strukturen und übergeordnete Systeme eingebettet werden?**

Zuerst eine Klärung: wer bettet ein? Diese Bemerkung ist mir wichtig, da wir es zumindest im Falle von QuaTheDA mit einer etwas besonderen Situation zu tun haben: der Anbieter BAG ist immerhin auch Ordnungsmacht in diesem Bereich. Qualitätssicherung sollte ja grundsätzlich aus den je bestehenden Strukturen heraus erwachsen. Deshalb schreibe ich die aktive Rolle des Einbettens den Einrichtungen zu und nicht den Anbietern. Die Einführung einer Qualitätssicherung ist damit lediglich der Startschuss für eine systematische Entwicklung, in deren Verlauf Strukturen und Prozesse allenfalls angepasst oder verändert werden.

Was kann eine Einrichtung in der heutigen Situation machen? Mindestens drei grundsätzlich unterschiedliche Varianten bestehen:

A: Eigene, institutsinterne Entwicklung, *"der mühsame Weg"*:

Sie haben eine fähige Person in Ihrer Einrichtung, die über Organisationsgeschick sowie Sach- und Fachkenntnis verfügt und den Betrieb gut kennt. Sie stellen diese Person frei und lassen sie ein Qualitätssystem konzipieren und einführen. Dies ist der mühsame Weg, der viel Zeit und Kraft erfordert. Und er kann in der Sackgasse enden, wenn Ihre Schlüsselperson nicht über die notwendigen Kompetenzen verfügt. Der Vorteil bei dieser Variante ist sicher, dass sich die Institution wahrscheinlich mit "ihrem" Qualitätssystem stark identifiziert, da sie dies aus eigener Kraft und auf sich massgeschneidert eingerichtet hat.

B: Externe Beratung mit "fertigem" System, *der "schnelle Weg"*

Sie beauftragen einen externen Anbieter, Ihnen ein fertiges System zu liefern und möglichst viele der erforderlichen Arbeiten abzunehmen. Im Idealfall boxt dieser externe "sein" System auch noch durch ein allfälliges Zertifizierungsverfahren. Schliessen Sie bei dieser Variante aber bitte einen Vertrag mit Erfolgsgarantie ab... Dies ist zweifellos der schnellste Weg. Fraglich ist, ob Sie sich und ihre Einrichtung bei diesem Vorgehen wiederfinden. Das entscheidende Element, sich von Anfang an konstruktiv selbstkritisch zu hinterfragen, entfällt nämlich weitgehend und der Sinn einer solchen Übung muss ernsthaft angezweifelt werden.

C: Gute Kombination aus A und B, *"der erfolgversprechende Weg"*

Sie wählen eine gute Kombination aus den beiden Alternativen. Eine engagierte Mitarbeiterin Ihrer Einrichtung bildet ein internes Projektteam. Externe QualitätsexpertInnen unterstützen dabei mit Informationen, Tipps und bewährten Arbeitstechniken – im Sinne von Prozesshelfern. Nach dem vorhin gehörten, denke ich, dass QuaTheDA die Idee der dritten Variante verfolgt. Soviel zur Einrichtungsebene. Dazu gehört natürlich auch die Trägerschaft – auf deren Rolle komme ich noch zurück.

Die nächste involvierte Ebene ist die der Kostenträger, also der Gemeinden und Kantone. Am einfachsten ist die Sache sicher dort, wo noch keinerlei Vorgaben bestehen. Wir können annehmen, dass man sich an den Vorgaben z.B. der IV orientieren wird oder sich auf QuaTheDA als "Bundessystem" abstützt. Schwieriger wird es da, wo bereits Gesetze oder Verordnungen bestehen, unter Umständen auch qualitative Aspekte schon vorgegeben sind. In diesem Fall muss eine Einrichtung allenfalls Vorgaben eines Qualitätssystems individuell so korrigieren, dass sie den Anforderungen der je rechtssetzenden Instanz entsprechen.

Beim Stichwort Einbetten oder vielleicht besser bei der Verknüpfung von Qualitätssicherung mit bestehenden Strukturen wird nach meiner Auffassung der Ausgestaltung des Controllings eine zentrale Bedeutung zufallen. Zur Verdeutlichung nur eine Frage als Beispiel: in welchen Punkten – wenn überhaupt – sol-

len Controlling und Aufsichtspflicht miteinander verknüpft werden, um z.B. unnötige Doppelspurigkeiten bei der Dokumentation zu vermeiden?

### **Wie sollen die Institutionen mit den unterschiedlichen Qualitätsprojekten und -modellen umgehen?**

Aufgrund des grossen Interesses an dieser Veranstaltung wage ich die Behauptung, dass das Faktum "ein Qualitätssystem wird eingeführt", als solches (wenn auch da und dort vielleicht eher zähneknirschend) akzeptiert ist. Kunststück! Wer kann sich angesichts der Vorgaben der IV schon dagegen wehren!

Grundsätzlich stehen wohl im Moment folgende Kriterien bei den Geschäftsleitungen im Vordergrund (zumindest dort, wo der Entscheid für ein System noch nicht gefallen ist...):

1. Wird das Qualitätssystem, für das ich mich entscheide, von der IV a) überhaupt und b) rechtzeitig anerkannt?
2. Was kostet uns die Einführung des Systems unter dem Strich? Die grösseren Trägerschaften achten zusätzlich darauf, ob ein System in der Lage ist, alle Angebotsbereiche abzudecken.

Erst danach – und das möchte ich ganz sicher nicht als Vorwurf verstanden wissen – kommen die vertiefenden Fragen: welche Vor- und Nachteile hat dieses oder jenes System für unsere Institution im Speziellen, was bringt es der Institution als ganzes und für die MitarbeiterInnen in den einzelnen Bereichen, für unsere KlientInnen, für unsere Kostenträger, usw...

Eigentlich müsste sich aber jede Institution ehrlich die Frage beantworten:

Führen wir ein QS ein...

- a) weil unsere massgeblichen KundInnen (K1 und K2) von uns ein Qualitätssystem fordern (z.B. als Bedingung für finanzielle Beiträge)?
- b) weil unsere Mitanbieter bereits zertifiziert sind oder auf dem Weg dazu – und wir deshalb auch ein Zertifikat benötigen?
- c) weil wir überzeugt sind, bereits eine Qualitätseinrichtung zu sein und eine Zertifizierung folglich problemlos erreichen werden?
- d) weil wir die Effizienz unserer Institution kritisch hinterfragen und jede Möglichkeit der Verbesserung ausschöpfen wollen?

Ich persönlich bin davon überzeugt, dass die Einführung eines Qualitätssystems, vielleicht sogar mit einer allfälligen Zertifizierung, auf lange Sicht eigentlich nur dann Sinn macht, wenn Sie diese Fragen intern geklärt haben und auch zu einem erheblichen Teil von Variante D überzeugt sind. Erfolgt diese Einführung lediglich in der defensiven Haltung "Eigentlich bräuchten wir ja gar keines. Wir



haben aber ja keine andere Wahl...", wird sich die Institution mit grosser Wahrscheinlichkeit später am minimal erforderlichen orientieren und sich qualitativ – wenn überhaupt – nur langsam weiterentwickeln.

Eine weitere Frage – unabhängig vom System selbst – ist die nach begünstigenden Massnahmen bei der Einführung. Und damit komme ich zu meinem zentralen Anliegen an Sie. Möchten Sie ein Qualitätssystem so einführen, dass es nicht zum Papiertiger wird, sondern den erhofften Nutzen bringt, dann ist ein Punkt sicher:

Es braucht dafür die Unterstützung aller MitarbeiterInnen!

Im Vorfeld der Einführung fällt meines Erachtens den LeiterInnen und Bereichsleitungen als wichtige MultiplikatorInnen eine ganz wesentliche Aufgabe zu: nämlich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln und Möglichkeiten auf die Notwendigkeit eines Qualitätssystems hinzuweisen. Es muss das einheitliche Verständnis gefördert werden, dass dies nicht nur den KundInnen und der Einrichtung, sondern vor allem auch den MitarbeiterInnen selbst zu Gute kommt, die Zusammenarbeit und das Zusammenleben in der Einrichtung angenehmer macht, und – auch wenn das vielleicht etwas theatralisch klingen mag – letztlich auch hilft, Arbeitsplätze zu sichern. Die zentralen Begriffe sind für mich Information und Transparenz.

Jetzt komme ich zurück auf die Rolle der Trägerschaften. Das soeben gesagte gilt selbstverständlich auch für diese: auch sie müssen voll hinter der Einführung eines Qualitätssystems stehen – d.h., sie können sich nicht darauf beschränken, die erforderlichen Mittel bereitstellen zu helfen. Das klingt jetzt vielleicht selbstverständlich. Bei der häufig anzutreffenden Milizstruktur der Trägerschaften kann das aber leider nicht als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt werden.

Vielleicht noch eine Aussage zur Evaluation von Systemanbietern. Die IV hat ja bisher schon rund 20 Anbieter akkreditiert, sie haben also die Wahl: lassen Sie sich Referenz-Einrichtungen angeben, wo der Anbieter "sein" System eingeführt hat. Gehen Sie dorthin und fragen sie irgendwelche MitarbeiterInnen oder KlientInnen nach dem Qualitätssystem: erhalten Sie als Antwort Schulterzucken, Unkenntnis oder Ablehnung – suchen Sie sich am besten einen anderen Anbieter.

Und zum Schluss eine Aussage, die von Anbieterseite häufig zu hören ist und die ich einfach gerne weitergeben möchte, ohne sie überzubewerten: Sie haben Ihrer Institution gegenüber nur *eine* Chance, ein Qualitätssystem einzuführen – und dies nicht nur wegen der gesetzten Fristen betreffend IV-Anerkennung. Die Einführung muss auf Anhieb klappen, weil sonst die Bereitschaft der MitarbeiterInnen, Qualitätsbewusstsein auch zu leben, verspielt wird.

### **Welche Haltung nimmt die KOSTE bezüglich der Qualitätssicherung der stationären Therapieangebote ein?**

Wir sehen die momentane Entwicklung grundsätzlich positiv. Letztendlich wird damit ein weiterer Schritt gemacht, die in vielen Einrichtungen schon seit einiger Zeit vorhandenen Bestrebungen um professionell gute Arbeit zu systematisieren und weiter voranzutreiben. Wir unterstützen folglich die Entwicklung und Einführung von QuaTheDA, wo wir das können und in den Prozess eingebunden sind. Wir teilen damit die grundsätzliche Intention des BAG, durch das Angebot von QuaTheDA ein auf die spezifischen Erfordernisse der Suchttherapieeinrichtungen zugeschnittenes System zu schaffen. Ein willkommener Nebeneffekt ist aus unserer Sicht, bei möglichst vielen Einrichtungen mit derselben und damit vergleichbaren Systematik arbeiten zu können. Dieser Punkt rechtfertigt im übrigen auch, dass sich das BAG – zumindest was die IV-Anerkennung betrifft – in die Reihe der anderen, meist privaten Anbieter stellt. Weiter glauben wir, dass QuaTheDA als Angebot des Bundes für diejenigen Kantone als Referenzsystem interessant werden kann, die zukünftig allenfalls im Rahmen von Leistungsaufträgen auf ein etabliertes Qualitätssystem in den Institutionen bestehen werden. Und – dies sei nicht verschwiegen – wir unterstützen QuaTheDA, weil wir wissen, dass einige Einrichtungen darauf gewartet haben, weil hier wenigstens keine zusätzlichen externen Kosten entstehen. In Zeiten der Finanzierungsunsicherheit absolut legitim.

Problematische Aspekte sollen aber nicht unerwähnt bleiben. Zunächst eine ganz grundsätzliche Überlegung: Jede Diskussion über Qualität, gar Standards, setzt zwingend die Kenntnis der Ziele (absolute wie relative) voraus. Haben wir sie wirklich zu Ende geführt? Gerade diese grundsätzliche Diskussion wird die stationäre Suchttherapie inhaltlich weiterbringen. Im Moment liegt das ganze Interesse auf der rechtzeitigen Einführung eines – mindestens IV-anerkannten – Systems bei den stationären Angeboten. Dahinter steht aber auch die Problematik der Kompatibilität mit Qualitätssystemen in anderen Segmenten der Suchthilfe (wie z.B. bei der ambulanten Beratung, den methadon- oder heroingestützten Behandlungen, etc.). Damit wäre implizit auch gesagt, dass das Problem der Indikationsstellung und Zuweisung zu einer bestimmten Behandlung (Stichwort: "Schnittstellenproblematik") mit der Einführung eines Qualitätssystems im stationären Bereich noch längst nicht gelöst ist. Wir müssen aufpassen, dass wir unter dem gegebenen Zeitdruck nicht in ein kurzfristiges Denken mit technokratischen Tendenzen verfallen. Wir ringen um objektivier- und messbare Kriterien, um Vergleichbarkeit, um gerechte Beurteilungen von Leistungen und deren ebenso gerechte Bezahlung. Bei Qualitätssicherung geht es aber um eine langfristige Zielsetzung. Mein Wunsch ist, dass wir mit der Zeit zu einer Qualitäts-

sicherung kommen, die Geld, Kopf, Herz und Bauch als gleichwertige Faktoren ernst nimmt und integriert.

### Koordinationsbedarf

Zum Abschluss noch eine kleine Übersicht zu den Arbeitsbereichen, zwischen denen wir Koordinationsbedarf sehen, ohne aber an dieser Stelle auf Detailfragen einzugehen (Abb. 1).

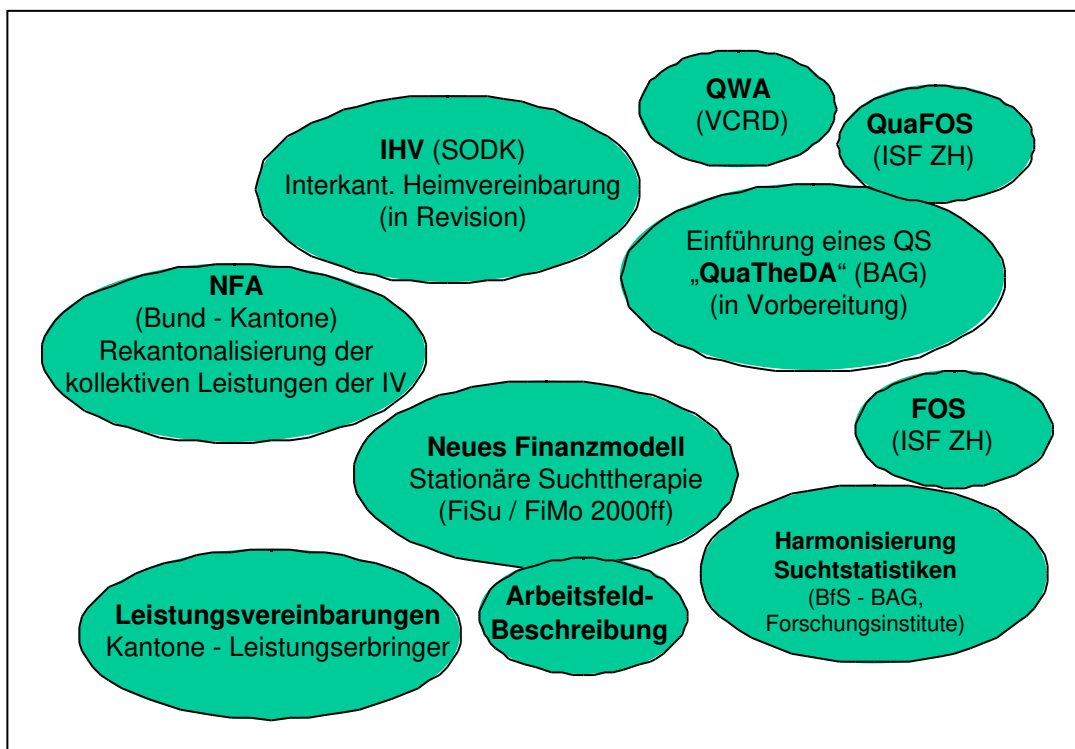


Abbildung 1: Zu koordinierende Arbeitsbereiche

**IHV:** die Interkantonale Heimvereinbarung befindet sich in Revision. Suchtinstitutionen sollen in einer eigenen Liste aufgenommen werden. Die Vernehmlassung der Revisionsvorschläge soll im Frühjahr gestartet werden.

**Neues Finanzierungsmodell:** die Pilotphase, in der unter anderem das Modell der Arbeitsfelder getestet werden soll, startet Anfang Jahr.

**Harmonisierung Suchtstatistiken:** dieser Punkt ist sicher von Interesse für die Dokumentation innerhalb eines QS. Erste Workshops nach Bereichen (darunter eine Gruppe "stationäre") haben stattgefunden. Eine Informationsveranstaltung ist meines Wissens im Frühjahr geplant.

*Leistungsvereinbarungen:* in einigen Kantonen bereits eingeführt, werden sich Leistungsvereinbarungen – nicht zuletzt beschleunigt durch das neue Finanzierungsmodell, wenn es sich durchsetzen kann – wohl in den meisten Kantonen als Vertragsgrundlage durchsetzen.

*NFA:* Neuer Finanzausgleich Bund - Kantone mit der Rekantonalisierung der heutigen kollektiven Leistungen der IV; Umsetzung und Einführungszeitpunkt sind ungewiss (Abb. 1).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

## 6. Qualitätssicherung aus der Sicht der Praxis

Dr. med. Hans-Ruedi Pfeifer

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Delegierter des Schweizerischen Dachverbandes Stationäre Suchthilfe (SDSS) und der Coordination romande des institutions et organisations oeuvrant dans le domaine des addictions (CRIAD)

Wie schätzen die Dachverbände die Qualitätsprogramme ein? Welche Ergänzungen und Verbesserungen werden von der Praxis gewünscht? Welche Rückmeldungen erhalten die Dachverbände SDSS / CRIAD von den Behandlungsinstitutionen?

Im Auftrag der Dachverbände SDSS / CRIAD habe ich die Aufgabe übernommen, eine kritische Würdigung der Qualitätsprogramme aus Sicht der Praxis darzustellen.

Der SDSS wurde 1998 gegründet von den drei Verbänden A+S (Alkohol- und Suchtfachleute), VSD (Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz) und VCRD (Verein christlicher Fachleute im Rehabilitations- und Drogenbereich). Die KOSTE (Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich) leistete wesentliche Geburtshilfe. Der SDSS vertritt die Anliegen der abstinenzorientierten, stationären Institutionen im Suchtbereich mit Schwergewicht Qualitätssicherung, Finanzierung, Öffentlichkeitsarbeit und Mitarbeit in Gremien. Insgesamt sind aktuell 155 Institutionen vertreten. Der SDSS ist direkter Ansprechpartner des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV).

Die CRIAD entstand ebenfalls 1998 mit Unterstützung der KOSTE, der GREAT (Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies) und der CIRSA (Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie). Sie hat eine analoge Zielsetzung wie der SDSS und vertritt 26 Institutionen in allen Westschweizer Kantonen. Zwischen CRIAD und SDSS besteht eine enge Zusammenarbeit.

Das Anliegen der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung in den stationären Suchteinrichtungen ist für beide Dachverbände von höchster Priorität. Als Vorbemerkung möchte ich festhalten, dass "Qualität" mit verschiedenen Aspekten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Institutionen schon immer implizit oder explizit ein Thema war. Neu ist nun aber die Systematisierung und Koordinierung dieser Bemühungen. Im folgenden sollen diesbezüglich einige praktische Anliegen dargestellt werden.

### **Motivation und Anreiz zur Entwicklung – nicht nur Bewertung / Abwertung eines Zustandes**

Ein QMS (Qualitätsmanagementsystem) muss ein kontinuierlicher Prozess sein, der die Institutionen in ihrer Entwicklung fördert und nicht bloss bewertet oder gar entwertet. Es soll durchaus ein Spannungsfeld von Sein und Sollen aufzeigen, aber auch Schritte zur Verbesserung und Anpassung deutlich machen. So gesehen muss ein QMS eher einem stufenweise Begehen einer Treppe gleichen, was schrittweise und nachhaltig von einem tieferen zu einem höheren Niveau führt, und nicht einem Hochsprung oder gar Stabhochsprung, bei dem man mit kurzer grosser Anstrengung versucht eine hohe Latte zu überwinden, um nachher wieder umso härter auf den Boden der eigenen Realität zurückzukommen. Ziel soll die Hilfe zur Optimierung der Institutionen sein und nicht deren Existenzbedrohung durch Überforderung im Sinne von zu raschen oder hohen Anforderungen.

### **Kooperativer und internalisierter Prozess – nicht von aussen produziert und aufoktroziert**

Die Institutionen müssen von Anfang an Partner in der Entwicklung der QMS sein, so dass die Instrumentarien und Standards praxisnah bzw. praxisrelevant werden. Ein System soll nicht von aussen übergestülpt und aufgezwungen werden von einem Amt oder von blossen "SchreibtischtäterInnen", vielmehr sollen die Institutionen durch die Mitentwicklung von Anfang an auch in die Mitverantwortung eingebunden werden. Ein solches QMS wird viel mehr zum eigenen Projekt, es wird viel eher internalisiert und hat weniger den Nimbus von äusserem Zwang und Kontrolle. Es darf gesagt werden, dass das Projekt QuaTheDA diesbezüglich ein vorbildliches Vorgehen zeigt. Die übergeordnete Koordination von Seiten des BSV, des BAG, der KOSTE und der Fachverbände sind unverzichtbar und sehr verdankenswert, aber der Miteinbezug von Institutionen von allem Anfang an wird die Akzeptanz eines QMS um ein Vielfaches erhöhen.

### **Gemeinsamer Prozess des Gesamtteams – kein Einzelkampf oder Solotanz innerhalb der Institution**

Die Umsetzung eines Systems zur Förderung der Qualität muss scheitern, wenn nur ein oder einige LeiterInnen dieses umzusetzen versuchen. Es reicht nicht, wenn ein Qualitätsverantwortlicher sich mit grossem Engagement ins Zeug legt und alle schauen zu, finden es wichtig, beklatschen seinen Einsatz wie bei einem Solotänzer oder gar Stierkämpfer, bleiben aber letztlich selbst unbeteiligt. Vielmehr muss eine "Qualitätskultur" im ganzen Team und auf allen Ebenen der Organisation entstehen. Dies ist auch verbunden mit einer Atmosphäre der Offenheit und Transparenz, des Vertrauens, der positiven Kritikfähigkeit, der Lern-, Anpassungs- und Veränderungsbereitschaft. Dabei soll sich das gesamte Team

vor Augen halten, dass es in der therapeutischen Arbeit nicht bloss um eine produktorientierte Qualität, sondern vielmehr um eine Beziehungsqualität geht.

### **Kostbarer Prozess – nicht bloss ein kostspieliger Prozess**

Es darf nie vergessen werden, dass die heutige Forderung nach Qualitätssicherung primär eine ökonomische Forderung ist. Im Sinne der Rationalisierung sollen vergleichbar gute und verantwortbare Resultate mit möglichst wenig Mitteln erzielt werden. Gleichzeitig wird im Gesundheitswesen immer deutlicher, dass wir über die sinnvolle Rationalisierung hinaus in den Bereich der Rationierung kommen und gekommen sind, wo sinnvolle und notwendige Angebote aus finanziellen Beschränkungen nicht mehr erbracht werden können, wo der eigentliche Versorgungsauftrag nur noch bedingt bzw. beschränkt erfüllt werden kann.

In der stationären Suchttherapie fordern wir, dass nicht nur freie marktwirtschaftliche Gesetze spielen, sondern im Rahmen einer glaubwürdigen 4-Säulenpolitik auch von den politischen Verantwortungsträgern ein Versorgungsauftrag definiert und dafür die nötigen Mittel sichergestellt werden. Es muss den Politikern und Behörden, aber auch der Bevölkerung klar werden, Therapie kostet, ist dies aber auch wert. Die Institutionen ihrerseits müssen sich bzw. ihren Trägerschaften klar machen, dass die Qualitätsentwicklung primär auch Kosten mit sich bringt (20 – 30 % Stelle budgetieren für Jahr 2000), aber dies auch die Investition wert ist! Es geht nicht um maximale (also um bestwünschbare) Qualität, sondern um optimale Qualität (d.h. im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel das Optimum, das Bestmögliche zu gestalten). Eine Gefahr besteht auch bei der Festlegung der Minimalstandards, indem die Finanzierungsverantwortlichen die Therapie aus Spargründen darauf beschränken könnten und somit die qualitative Weiterentwicklung behindern würden.

### **Ergebnisse wichtig – aber Resultate nicht a priori Finanzierungsbedingung**

Nebst Struktur- und Prozessqualität wird es notwendig sein, auch die Ergebnisse besser zu definieren und zu dokumentieren, insbesondere auch in Form von katamnestischen Studien. Da die Ergebnisqualität bei Austritt und längerfristig aber ein sehr komplexes Resultat ist von verschiedenen, im weiteren Verlauf auch ganz von der Therapieinstitution unabhängigen Einflussfaktoren, ist Vorsicht geboten, die Institutionen damit zu qualifizieren. Insbesondere darf die Finanzierung nicht a priori vom erzielten Ergebnis (weder Einzelresultat, noch gesamthafter Institutionsdurchschnitt) abhängig gemacht werden.

### **Vergleichbare Standards – aber keine Nivellierung des Therapie-spektrums**

Auch in Zukunft wird es ein sehr differenziertes Angebot brauchen im therapeutischen Bereich. Die Kunst besteht nun darin, die Standards so zu definieren, dass es trotz der Vielfalt an therapeutischem Angebot zur Vergleichbarkeit kommt. Standards werden immer einen subjektiven Aspekt behalten. Teilweise wird man Minimalstandards definieren können, deren Erfüllung obligat ist. Teilweise wird es eher um die Deklaration eines Aspektes gehen (z.B. weltanschauliche Ausrichtung, geschlechtsspezifische oder altersspezifische Angebote), was Transparenz schafft, aber keine Normierung impliziert. Allenfalls eröffnet aber die Deklaration eines Therapieangebotes ein neues Feld von notwendigen bzw. definierbaren Rahmenbedingungen (z.B. wenn deklariert wird "Geschlechtsspezifische Arbeit": dann wie? oder "religiös orientierte Therapie": was macht die Therapie unter diesem Aspekt zu einem qualitativ hochwertigen Angebot?). Spezialistenwissen aus der Praxis der jeweiligen Subbereiche ist hier für die Entwicklung der Qualitätsmodule gefragt. Die sorgfältige Arbeit an der Qualitätsdeklaration und -definition ermöglicht sodann auch eine viel spezifischere Indikationsstellung für die Zuweiser.

### **Kompatibilität der Systeme – kein Wildwuchs und keine Einheits-schablone**

Die grosse Herausforderung bei der gegenwärtigen Entwicklung der Qualitätssysteme besteht darin, in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit ein für das BSV akzeptables und möglichst breit anwendbares Qualitätsmodell im stationären Suchtbereich zu entwickeln. QuaTheDA ist auf gutem Weg dazu, es darf aber nicht verschwiegen werden, dass verschiedene Institutionen noch grosse Zweifel haben, gerade was das Einhalten der Zeitvorgaben betrifft. Gegenwärtig sind verschiedene Modelle in Entwicklung, die Konkurrenz kann auch etwas befruchtendes haben. So ist innerhalb des VCRD seit Ende 1998 eine Arbeitsgruppe sehr intensiv an der Entwicklung eines praxisorientierten Systems unter dem Titel QWA (Qualitäts-Wachstums-Anreiz). Es sei jedoch an verschiedene Anbieter bzw. Entwickler appelliert, auf die gesamte Vernetzung und Kompatibilität zu achten insbesondere mit QuaTheDA (Projekt des BAG). QuaTheDA seinerseits muss sich sehr bemühen, Modelle wie MIDES und das neue Modell der Behandlungsfelder im Rahmen der FiSu unter einen Hut zu bringen, damit Einfachheit und Klarheit garantiert sind.

### **Qualität als Lust – nicht bloss Last**

Schliesslich ist es dem SDSS / CRIAD ein Anliegen, dass eine Qualitätskultur entsteht, welche durchaus lustvolle Seiten der gemeinsamen Entwicklung erle-



ben lässt. Qualität darf nicht als mühevoller Last, als Papiertiger, als notwendiges Übel deklassiert werden. Es darf bei "Qualität" keine Einengung der Optik auf die Hälfte des Wortes geben, dann bleibt nämlich nur noch die "Qual....". Qualität ist auch nicht irgend eine List, mit der nur das Ziel der Finanzierungskontrolle und der Fremdbestimmung verfolgt würde, vielmehr soll bessere Effizienz und Transparenz geschaffen werden und dies u.a. auch im Finanzierungsbereich. Wie erwähnt hat Qualität sehr viel mit Beziehungs- und Kommunikationskultur zu tun. Es ist unsere Hoffnung, dass die Einführung eines QMS diesem Ziel dient.

Zusammenfassend muss Qualitätssicherung und -entwicklung ein kontinuierlicher gemeinsamer Prozess bleiben, sowohl was die Entwicklung der Institutionen als auch die Entwicklung der Standards und Systeme betrifft. Lassen Sie mich mit einem Zitat von George Bernard Shaw schließen, welches unterstreicht, dass wir unsere Masse bzw. Massstäbe immer wieder neu überprüfen müssen: "Der vernünftigste Mensch, den ich kenne, ist mein Schneider. Jedesmal, wenn er mir begegnet, nimmt er von neuem Mass, während alle anderen die alten Massstäbe anlegen."

## 7. Arbeitsgruppen

### 7.1. Qualitätssicherung und Qualitätsprojekte: Behandlungsverbesserung oder administrative Papiertiger?

Leitung: Esther Burkhalter, Meilestei / VCRD

Protokoll: Heidi Bolliger, ISF / FOS

In Institutionen, in denen noch keine Qualitätsstandards eingeführt worden sind, herrschen Befürchtungen und Angst vor. Es gibt eine Furcht vor Missbrauch der Standards und vor Einengung sowie die Angst, alles neu lernen zu müssen. Die Teams sind teilweise schon jetzt ziemlich überlastet. Es gibt auch die Meinung, wir arbeiten lieber mit unseren KlientInnen, damit sie nachher ohne Suchtmittel leben können, anstatt tonnenweise Papiere aufzustellen. Allerdings fehlt dann, wenn MitarbeiterInnen weggehen, das erarbeitete Know-how.

In denjenigen Institutionen, in denen Qualitätsmanagementsysteme (QMS) schon eingeführt worden sind, erlebten es die MitarbeiterInnen zuerst eindeutig als Mehraufwand. Es entwickelte sich dann aber zur Herausforderung und schlussendlich sogar zur Entlastung. Auf diese Weise wird genau dokumentiert, wie gearbeitet wird, während es früher lediglich eine mündliche Kultur gab. Heutzutage werden auch Supervisionen schriftlich protokolliert. Es entsteht eine Art Selbstkontrolle und man kann feststellen, wie gut man eigentlich gearbeitet hat.

Bei der Einführung von QMS ist allerdings darauf zu achten, dass die MitarbeiterInnen gut motiviert werden. Sie müssen vom konkreten Nutzen dieser Sache überzeugt sein. Richtig eingesetzte QMS können auch zu einem Marketingaspekt werden. Mit einem QMS-Label hat die Institution auf dem Markt die besseren Chancen. Jede Einrichtung sollte deshalb in dieser Hinsicht tätig werden. Es gibt von der IV eine Liste mit etwa 20 verschiedenen anerkannten Qualitätsmanagementanbietern. Wichtiger allerdings als die Auswahl eines Anbieters ist die Vorbereitung der MitarbeiterInnen auf die Einführung eines QMS. Wie bei Feueralarm klappt auch diese Sache nur richtig, wenn sie vorher gut eingeübt worden ist. Damit das QMS zu einem selbstverständlichen und nützlichen Werkzeug werden kann, muss man die MitarbeiterInnen gut schulen und beraten.

Aufgrund der Auswertungen im Rahmen eines QMS kann man die Schwachstellen in einer Institution erkennen und Verbesserungsmaßnahmen einleiten. Es reicht nicht, wenn der Klient glücklich ist, sondern man sollte wissen, wie man es gemacht hat. Es braucht eine bewusste Definition von Qualität; man sollte nicht einfach irgendein System aussuchen, weil man sonst die Subventionen verlieren würde. Man muss auch nicht alles auf einmal einführen, sondern vorher Schwerpunkte setzen. Am besten setzt man jemanden ein, der die Sache dann dem Team vermittelt. Diese Person muss allerdings voll überzeugt dahinter stehen. Es ist eine Leitungsaufgabe und es müssen personelle Ressourcen dafür freigestellt werden. Wo dies nicht der Fall ist, kann man davon ausgehen, dass die Leitung nicht voll dahinter steht und somit eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg eines QMS fehlt. Es reicht auch nicht, QMS-Massnahmen einzuführen und sie dann jahrelang einfach ohne Überarbeitung anzuwenden. Es gibt eine Erfahrung mit standardisierten Krankengeschichten, die an einem Ort etwa alle zwei Jahre überarbeitet worden sind und an einem andern Ort unverändert über Jahre hinweg gleich aufgenommen wurden. Am ersten Ort ergaben die Krankengeschichten auch nach 10 Jahren relevante Aussagen; am andern Ort waren sie hingegen zu leeren Formen erstarrt, die nicht mehr viel Sinn ergaben.

Fazit:

- a) Es braucht eine sorgfältige Einführung und Motivation der MitarbeiterInnen und MitarbeiterInnen.
- b) Auch der Vorstand muss gut motiviert sein (einer der heikelsten Punkte).
- c) Es braucht eine Freistellung der MitarbeiterInnen, die für das QMS arbeiten.
- d) Die Massnahmen müssen ständig überprüft und angepasst werden, sonst droht Leerlauf.
- e) Wenn QuaTheDA hält, was es verspricht, dann wäre es wohl das Instrument, das am nächsten bei der Praxis liegt.
- f) Bewusstsein stärken, dass ein QMS teilweise Angst auslöst. Missverständnisse und Fehlinterpretationen sind deshalb zu klären.

## **7.2. Interne Qualitätssicherung: Austausch von Erfahrungen (Gruppe A)**

Leitung: Irene Zimmerli, Arche  
Protokoll: Susanne Schaaf, ISF / FOS

Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit den Fragen, wie die einzelnen Einrichtungen die interne Qualitätssicherung angehen, welche Massnahmen bereits

getroffen, welche Qualitätsmanagementsysteme (QMS) bereits geprüft wurden und welche Erfahrungen positiver und negativer Natur sie dabei gemacht haben. Die Arbeitsgruppe richtete sich hauptsächlich an aktuelle und zukünftige Qualitätsverantwortliche von Therapieeinrichtungen.

Die meisten Einrichtungen haben sich bereits mit einem oder verschiedenen QMS beschäftigt, auch mit Produkten privater Anbieter. Nur wenige Einrichtungen haben jedoch ein QMS konkret umgesetzt.

### **Grundsätzliche Skepsis gegenüber QMS**

Grundsätzlich wurde den QMS eine gewisse Skepsis oder Ambivalenz entgegengebracht. Die Skepsis bzw. die offen angesprochene Angst bezog sich hauptsächlich auf den Zeitaufwand und die Unklarheit betreffend Finanzierung.

An den laufenden Bemühungen zur Qualitätssicherung inklusive QuaTheDA wurde kritisiert, dass Modelle und Begrifflichkeit aus dem Wirtschafts- und Produktionsbereich übernommen und in den prozessorientierten Suchttherapiebereich übertragen wurden. Für die Einrichtungen war klar, dass eine rein technische Qualitätserfassung sinnlos sei – Qualitätssicherung muss der tatsächlichen Arbeit der Einrichtung entsprechen und den Beteiligten etwas bringen, beispielsweise hinsichtlich der internen Abläufe oder des Betriebsklimas.

Ferner werden Qualitätssysteme schnell komplex und unübersichtlich, weil sie die Ansprüche verschiedener Kunden erfüllen sollen. Ein System wie QuaTheDA, welches für klassisch stationäre Therapie ausgearbeitet wurde, eigne sich beispielsweise nicht für Verbundsysteme oder Spezialangebote wie Familienplatzierung.

### **QuaTheDA als Favorit, aber...**

Eine Reihe der Einrichtungen aus der Arbeitsgruppe hat sich bei QuaTheDA angemeldet, jedoch noch keine Antwort betreffend Aufnahme oder weiteres Vorgehen erhalten. Insgesamt sind bis zum jetzigen Zeitpunkt Anmeldungen von rund 60 Therapieeinrichtungen eingegangen.

In Bezug auf QuaTheDA werden vor allem die unklaren Signale des BAG bemängelt, welche die Einrichtungen in eine Warteposition zwingen: was geschieht mit QuaTheDA, wer begleitet das Projekt, wird eine Ausbildung angeboten? Wie läuft die Überprüfung der Standards (Benchmarking)? Grundsätzlich besteht ein grosses Informationsmanko über den aktuellen Stand und vor allem über den geplanten weiteren Verlauf.

### **Alternative Projekte und der Vorteil aktiv beteiligter MitarbeiterInnen**

Einzelne Einrichtungen nehmen an alternativen Pilotprojekten teil oder haben ein eigenes QMS in Auftrag gegeben. Ein Pilotversuch läuft derzeit mit dem vom VCRD entwickelten System QWA (Qualitäts-Wachstums-Anreiz).

Eine Einrichtung berichtet von ihrer Erfahrung mit einem externen privaten Anbieter: die Entwicklung des Qualitätssystems gestaltete sich als partizipativer Prozess, die MitarbeiterInnen konnten selber Akzente setzen, eigene Standards einbringen und waren daher gut motiviert. Im Vierteljahreszyklus werden Verbesserungen in ausgewählten Bereichen umgesetzt. Für die Entwicklung und Einführung des Systems erhielt die Einrichtung finanzielle Unterstützung durch das BAG. Die Wirtschaftlichkeit des Projektes wird als hoch eingestuft, da jeder/jede MitarbeiterIn wisse, was zu verändern sei. Projekte mit aktiver Beteiligung der Belegschaft werden eher akzeptiert als ein schematisches Riesensystem.

Während die unentschlossenen Einrichtungen weiterhin auf QuaTheDA warten, nimmt die Verunsicherung aber auch bei den Einrichtungen mit eigenen QMS zu: inwiefern das eigene Qualitätssystem mit QuaTheDA harmonisiert, ist unklar. Offen bleibt daher, ob die Einrichtungen auf QuaTheDA umsteigen sollen oder das eigene System angepasst werden kann. Auch bestehen Bedenken, dass die bisherigen Aufwendungen schlussendlich umsonst gewesen sein könnten.

### **Positive Erfahrungen und Empfehlungen**

Neben verschiedenen kritischen Äusserungen wurde auch von positiven Erfahrungen berichtet. Qualitätssicherung ist nicht nur ein Aufwand, sondern bedeutet auch eine Chance. Die Einrichtung muss Qualitätssicherung zu ihrem eigenen Projekt machen, mit dem sich MitarbeiterInnen und Leitung identifizieren. Bisherige KlientInnen- und MitarbeiterInnenbefragungen haben sich teilweise als hilfreich erwiesen. Eine Einrichtung berichtete, wie sie durch das Erstellen konkreter Ablaufschemata erstaunliche Zeitersparnisse machen konnte. Andere Einrichtungen haben bereits punktuelle Änderungen vorgenommen, z.B. Anpassungen im Leitbild oder die Einführung eines 24 h-Betriebes.

Ein kantonaler Behördenvertreter vertrat die Ansicht, dass es sinnvoll sei, sich für die Prüfung der verschiedenen Systeme Zeit zu lassen und nicht übereilt und unreflektiert irgendein System einzuführen. Allerdings dürfe man auch nicht zu lange zuwarten und sich verzetteln.

EinrichtungsvertreterInnen mit QMS-Erfahrung hielten fest, dass es bei der Einführung eines derart umfassenden Systems weiterhin einen Ansprechpartner und fachliche Betreuung brauche – eine einmalige Schulung reiche nicht aus. Ferner wurde vor einer künstlichen Überhöhung der Standards gewarnt: wer

seine Arbeit gut mache, arbeite bereits nach gewissen Qualitätskriterien. Eine Systematisierung trage in diesem Fall zur Strukturierung und Verbesserung des einrichtungsinternen und therapeutischen Ablaufes bei. Betont wurde die Wichtigkeit, MitarbeiterInnen aktiv in die Entwicklung und Umsetzung von QMS einzubeziehen und ihre Interessen in angemessenem Ausmass zu berücksichtigen.

### **Zum Inhalt von Standards**

Zum konkreten Inhalt von Standards wurde nur wenig diskutiert. Es wurde aber die Wichtigkeit betont, *sinnvolle* Standards festzusetzen. Sinnvoll sei beispielsweise, dass eine Einrichtung mit ihren KlientInnen eine Austrittsplanung durchführt; es sei jedoch unsinnig festzulegen, dass die Austrittsplanung 2 Monate vor Austritt stattfinden soll.

Standards können auch bei sog. Nischenprodukten problematisch werden: Angebote für Randgruppen, z.B. für MigrantInnen oder KlientInnen mit Dualdiagnose, verfügen in der Regel über unsichere Auslastungsquoten. Ein Standard betreffend Auslastungsziffer würde in diesem Fall zu Schwierigkeiten führen. Offen angesprochen wurde auch die Angst vor der Normierung durch Standards unter dem ideologischen Deckmantel des "gesunden Wettbewerbes".

## **7.3. Interne Qualitätssicherung: Austausch von Erfahrungen (Gruppe B)**

Leitung: Beda Hässig, Lärchenheim

Protokoll: Christa Berger, ISF / FOS

In der Arbeitsgruppe wurden erste Erfahrungen mit interner Qualitätssicherung ausgetauscht sowie grundsätzliche Fragen zum Thema "Qualitätssicherung" aufgeworfen und diskutiert. Es hat sich gezeigt, dass die einzelnen Institutionen in Bezug auf die interne Qualitätssicherung noch am Anfang stehen, dass sich die Startphase zeitintensiv und arbeitsreich gestaltet, und dass die konkrete Umsetzung noch viele offene Fragen aufwirft.

### **Qualitätssicherung wie angehen?**

Die meisten Institutionen befinden sich in der Prüfungsphase, das heisst, sie setzen sich mit den Fragen auseinander, *wie* wollen wir die Qualität unserer Arbeit messen, *welche* Standards bzw. Indikatoren legen wir dabei zugrunde, und *was* ist der Gegenstand der Evaluation. Man beschäftigt sich beispielsweise eingehend mit der Frage, welche Testverfahren sich zur Abbildung von fallspezifi-

schen Veränderungen eignen. Es hat sich aber gezeigt, dass Einzelfallauswertungen sehr viel Zeit in Anspruch nehmen.

In einem anderen Fall wird eine Verbesserung der Vernetzung innerhalb der Institution angestrebt. Dabei orientiert man sich am sogenannten Qualitätszirkelmodell, wonach Qualität nicht von oben verordnet wird, sondern die MitarbeiterInnen primär mit der Aufgabe betraut werden, Qualität zu definieren, sich auf Standards zu einigen und Möglichkeiten der Qualitätsmessung zu diskutieren.

Die Diskussion führte zur Einsicht, dass nicht so sehr die Suche nach dem geeigneten Verfahren zur Qualitätsmessung im Zentrum steht, sondern vielmehr die Frage, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit sich Qualität intern optimal entwickeln kann. Es wird zudem festgehalten, dass die Einrichtungen mehr darauf achten sollten, den Prozess der internen Qualitätssicherung noch besser zu dokumentieren (z.B. mehr schriftlich festhalten), damit dieser Prozess auch von aussen wahrnehmbar und nachvollziehbar wird.

### **Verunsichernde Aspekte**

Es besteht Unsicherheit darüber, was im Endeffekt auf die einzelnen Institutionen zukommt, wenn sie die interne Qualitätssicherung einführen. Es wird diesbezüglich ein allgemeines Informationsdefizit konstatiert. In der Arbeitsgruppe wurde zudem die Frage aufgeworfen, ob die Qualitätssicherung zunehmend mit der Finanzierung gekoppelt würde. In diesem Zusammenhang wird befürchtet, dass Qualitätssicherung letztlich nicht zugunsten einer reflexiven Praxis eingeführt würde, sondern zum blossen Kontroll- und Sanktionsinstrument verkomme.

Eine weitere Verunsicherung gründet auf der Erfahrung der schwierigen Auslotung zwischen der Orientierung an allgemeinen Qualitätsstandards auf der einen Seite und den je institutsbezogenen Qualitätserfordernissen auf der anderen Seite. Man ist sich einig, dass die allgemeinen Qualitätsstandards die institutionseigenen Qualitätssicherungsbemühungen nicht eingrenzen dürfen, dass man sich aber gleichzeitig nicht isolieren darf, denn regelmässiger Austausch und Vernetzung mit anderen Institutionen sind in Bezug auf die interne Qualitätssicherung unabdingbar.

Es kann davon ausgegangen werden, dass der Weg von der Erhebung von Qualitätsmerkmalen hin zur konkreten Qualitätsumsetzung lang und arbeitsintensiv ist. Es besteht Einigkeit darüber, dass besonders die Einführungsphase viel Zeit in Anspruch nimmt und einen entsprechenden Effort erfordert, der oft unterschätzt wird. Zunehmende Routine wird sich wohl erst im Verlauf der Umsetzungsphase einstellen, so dass die Qualitätssicherung erst nach einer bestimmten Zeit effizienter vollzogen werden kann.

Es geht zu Beginn vor allem darum, Ängste im Team abzubauen. Die Angst vor erhöhter Transparenz in Bezug auf die eigene Arbeit gilt es intern anzugehen

und offen zu diskutieren. Die Bereitschaft, sich in die Karten schauen zu lassen, entwickelt sich nämlich nicht von heute auf morgen, sondern erfolgt prozesshaft und erfordert entsprechende begleitende Unterstützung. Es geht darum, den MitarbeiterInnen nahezubringen, dass es nicht um eine Beurteilung und Abwertung der individuellen Arbeitsleistung geht, sondern dass in der internen Qualitätssicherung ein wertvolles Entwicklungspotential für die Institution steckt. Es kann also festgehalten werden, dass die Einführung interner Qualitätssicherung mit einem hohen Kommunikationsbedarf einhergeht.

### **Positive Aspekte der Qualitätssicherung**

Die Diskussion der Frage, inwiefern sich die interne Qualitätssicherung positiv auf die eigene Arbeit auszuwirken vermag, fokussierte folgende Effekte:

- Qualitätssicherung fördert die Reflexion der eigenen Arbeit.
- Die Aufmerksamkeit wird auf Verbesserungs- und Entwicklungspotentiale gelenkt.
- Die KlientInnen profitieren davon, weil die Behandlung insgesamt transparenter wird.
- Qualitätssicherung fördert die Professionalisierung.

### **Wünsche und Anregungen**

Man ist sich in der Arbeitsgruppe einig, dass sich "Qualität" nicht einfach von oben verordnen lasse, sondern dass Qualitätsstandards im wesentlichen institutionsintern entwickelt werden. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Trägerschaft nicht bloss Qualitätssicherung fordern kann, sondern dass sie ihrerseits den postulierten Qualitätskriterien genügen sollte. Die Arbeitsgruppe äussert den Wunsch, dass sie in die Entwicklung verbindlicher Qualitätsstandards miteinbezogen wird und nicht einfach mit vollendeten Tatsachen konfrontiert wird. Ausserdem artikuliert sich das Bedürfnis nach mehr Systematisierung. Es geht darum, die einzelnen Bausteine interner Qualitätssicherung besser aufeinander abzustimmen und zu einem Gesamtkonzept zu verdichten. Es wird die Entwicklung eines modularen Konzeptes vorgeschlagen, das den Institutionen genügend Raum lässt, mit den einzelnen Modulen vertraut zu werden und Erfahrungen damit zu sammeln. In diesem Zusammenhang wünscht man sich mehr Transparenz und Aufklärung von Seiten des BAG. Das BAG soll insbesondere seine Intention bezüglich QuaTheDA offenlegen und entsprechend kommunizieren. Und schliesslich wird darauf aufmerksam gemacht, dass sich Qualitätssicherung an den Erfordernissen der Praxis orientieren müsse. Die Entwicklung von einheitlichen, allgemein gültigen Qualitätsstandards vermag oft nicht mit den Erfordernissen der Praxis Schritt zu halten. Das sei schade, denn der Alltag erfor-



dere oft rasche Handlungsfähigkeit. Es wird festgehalten, dass Qualitätssicherung letztlich nur dann längerfristig eine Chance hat, wenn sie nicht zu einem blossen Papiertiger verkomme, sondern einen spürbaren Beitrag zur Verbesserung der Praxis leiste.

## **7.4. Standards: sinnvolle Zielsetzung oder einschränkende Normierung? (Gruppe A)**

Leitung: Peter Burkhard, Die Alternative

Protokoll: Marcus Reichlin, ISF / FOS

### **Bereitschaft zur Festlegung von Standards**

Grundsätzlich ist die Bereitschaft da, ein Qualitätssicherungssystem aufzubauen. Es bestehen jedoch Unsicherheiten, wie die darin formulierten Standards konkret aussehen und sich auch auswirken werden.

- Wird eine Institution, die aus Überzeugung ein gemischtes Klientel hat, ihr Konzept beibehalten können?
- Inwiefern schlagen sich die Individualität der KlientInnen sowie die gewachsenen institutionellen Strukturen in den Standards nieder?
- Ist der administrative Aufwand einer Qualitätssicherung für kleine Institutionen zu bewältigen?

### **Verschiedene Aspekte bei der Festlegung von Standards**

Standards sind eine Normierung, aber nicht jede Normierung muss eine Bürokratisierung und Entmenschlichung bedeuten. Es kann durchaus ein Standard definiert werden, dass "KlientInnen individuell betreut" werden sollen. Die Frage stellt sich dann, wie die Kriterien für eine "individuelle Therapie" im Detail aussehen müssten, wer diese Definition vornimmt und wozu er sie verwenden will. Anhand dieses Beispiels lassen sich also drei Aspekte unterscheiden, die diskutiert werden müssen:

- **Bedeutung** der Definition von Standards, mögliche Vor- und Nachteile.
- **WIE** die Standards inhaltlich definiert werden.
- **WER** die Standards definiert und wie sie angewendet werden sollen.

### **Bedeutung der Definition von Standards**

- Weniger Willkür, mehr Transparenz auch für die KlientInnen. Was bisher einfach unter "Individualität einer Institution" lief, erhält nun ein Gesicht.
- Standards als Chance für Professionalisierung, neues Image für Institutionen, die Süchtige betreuen:  
altes Image: "Wer keinen Job mehr findet, betreut Süchtige!"  
Mögliches neues Image: "Das sind spezialisierte Fachleute, die die Therapie von Süchtigen wagen!"
- Abschied vom patriarchalen System: Nicht "weil ich so gut bin" funktioniert die Therapie, sondern "weil wir es so gut machen" (fällt vielleicht schwer, weil es mit Identitätsverlust verbunden sein kann).
- Mehr Gerechtigkeit: Für die Zuteilung von KlientInnen ist nicht mehr das institutionseigene PR-System allein entscheidend.

### **WIE sollen die Standards definiert werden?**

- Forderung: Standards müssen so sein, dass auch Institutionen mit Nischenangeboten Platz darin haben.
- Müssen denn wirklich alle Institutionen in den Standards Platz finden? Wie müssten Standards sein, dass z.B. ein "Le Patriarche" nicht darin unterkommt?
- Standards müssten für verschiedene Gruppen von Institutionen definiert werden:  
Allgemeine Standards können vielleicht für 70% der Institutionen erstellt werden, für 20-30% gelten modifizierte Standards  
"Nischentypen" sollen sich zusammentun, um spezifische Standards vorzuschlagen.  
Institutionen mit legalen Drogen sollen auch in QuaTheDA unterkommen.  
Die Grösse einer Institution soll kein entscheidender Faktor sein.
- Wenn gemeinsam Standards definiert worden sind, müssen gewisse Institutionen eventuell ihre Konzepte daran anpassen. Ein solcher Veränderungsprozess kann aber auch positiv als Entwicklungsprozess angesehen werden.
- Spezialisierung als Chance: eventuell machte früher jede Institution "alles", und erreichte dabei eher wenig.

### **WER wird die Standards definieren und zu welchem Zweck verwenden?**

- Als mögliche Ebenen kommen die VertreterInnen der Institutionen, die Behörden der Kantone oder das BAG in Frage.
- Befürchtung: Einzelne Kantone könnten sich eines solchen Normierungssystems bedienen, um finanzielle Konsequenzen folgen zu lassen.

### **Wie sieht das BAG die Definition und praktische Umsetzung von QuaTheDA oder eines anderen – auch durch das BSV anerkannten – Standards?**

Ziel ist es, im Rahmen der Interkantonalen Heimvereinbarung (IHV) eine Liste der von sämtlichen Kantonen anerkannten Institutionen festzulegen. Dies soll die Anwendung eines einheitlichen Lastenausgleichs für inter- oder ausserkantonale KlientInnen ermöglichen. Dabei ist festzuhalten, dass die Verantwortung für Therapie und Prävention gemäss Betäubungsmittelgesetz primär bei den Kantonen liegt. Mit dem gewählten Vorgehen unter Beteiligung des BAG soll aber neben dem erwähnten Zweck im Sinne der IHV auch eine nationale Übersicht über die Art der Institutionen erreicht werden. Weiter besteht die Hoffnung, dass die in diesem Zuge definierten Standards auch intrakantonal übernommen werden (momentan gibt es Kantone – wie z.B. Zürich oder Tessin – die keine Aufsichtspflicht über die Institutionen vorsehen!). Die in einen solchen Pool aufgenommenen Institutionen müssten also Standards erfüllen und würden auch in Zukunft daraufhin überprüft.

Die Entwürfe dieser Standards, die auch mit den Forderungen des BSV kompatibel sein sollen (das ausschliesslich Strukturqualitätsmerkmale verlangt), sollen nicht mehr unter so breiter Partizipation erfolgen, dazu haben FiSu und **QUAFOS** bereits gedient. Dieses Vorgehen muss auch unter dem Aspekt der Entlastung der Institutionen gesehen werden. Die "Absegnung" der entworfenen Standards soll dafür wieder in grösserem Rahmen stattfinden. Die Ausgestaltung der Standards soll nicht betont rigide sein. Minimalanforderungen sind wohl sinnvoll, wo aber die Grenze liegt, ist noch nicht festgelegt.

### **Abschliessende Gedanken**

InstitutionsvertreterInnen warnen, dass eine kurzfristig stringente Anwendung von Standards eine längerfristige Qualität gefährden oder gar verunmöglichen würde. Als heikler Punkt bei der Festlegung und v.a. auch der folgenden Anwendung von Standards wird angemerkt, dass die verschiedenen beteiligten Ebenen (BAG, Kantone, Institutionen) je nachdem nicht die gleichen Intentionen verfolgen würden.

## 7.5. Standards: sinnvolle Zielsetzung oder einschränkende Normierung? (Gruppe B)

Leitung: Armin Strom, Sonnenbühl

Protokoll: Ralph H.U. Wettach, ISF / FOS

Die Diskussion in der Arbeitsgruppe verlief sehr lebhaft. Die verschiedenen Äusserungen lassen sich in vier Kategorien einteilen, nach denen dieser Arbeitsgruppenbericht eingeteilt ist:

- Braucht es Standards? Was ist der Sinn von Standards?
- Wer definiert die Standards?
- Wer benutzt diese Standards? Wie findet die Umsetzung statt?
- Meinungen zu den vorgestellten **QUAFOS** Standards.

Die geäusserten Meinungen werden zusammengefasst wiedergegeben.

### **Braucht es Standards? Was ist der Sinn von Standards?**

Die Standards werden unterschiedlich beurteilt. Eine gewisse Normierung sei gut für die fachliche Arbeit. Wenn die Standards gut sind, sei der Gewinn für den gesamten stationären Therapiebereich grösser. Sie böten eine Orientierungshilfe, um ein gutes "Produkt" herzustellen. Dies bedinge aber, dass die Entwicklung hin zu den Standards in der Institution immer wieder diskutiert würde. Zudem würden Standards und Qualitätssicherung die Position der stationären Drogentherapie stärken, da die Qualität ausgewiesen und verbessert werden könne. Auch für die Abgrenzung gegenüber "Dumping"-Angeboten und "Je-ka-mi" Therapien seien Standards hilfreich. Standards würden eine gewisse Kontrolle ausüben, die gut sei: früher sei nämlich auch viel Schlechtes gemacht worden. Die letzten 20 Jahre waren eher von Willkür geprägt, jetzt schlägt das Pendel in die andere Richtung von Differenzierung und Strukturierung, und vielleicht wird es in einer ersten Phase auch zu weit in diese Richtung ausschlagen.

Der Einbezug von Struktur- und Prozessqualität in die Beurteilung der stationären Drogentherapien wird als positiv beurteilt, da in der Politik bis anhin nur die Ergebnisqualität im Rahmen von Nachbefragungen zählte. Mit dem Einbezug der Struktur- und Prozessqualität werde das Bild differenzierter, transparenter und damit auch ausweisbarer.

Eine mögliche Gefahr von Standards sei, dass zwar der Standard eingehalten werde, aber dass Kreativität und Innovationen nicht gefördert würden. Man könne in der Qualitätsskala wohl die Ausschläge nach unten minimieren, aber gleichzeitig minimiere man vielleicht auch die Ausschläge nach oben.

## Wer definiert die Standards?

Es löse Verunsicherung und Ängste aus, dass die bestehenden, verbindlichen Standards nicht vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) gesetzt werden, sondern vom Bundesamt für Sozialversicherung, welches in der letzten Zeit eine eher "rigide" Bedarfsplanung eingeführt hat. Die Qualitätsstandards seien zwar vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) angestossen worden, indessen interessiere das BSV die Prozessqualität wenig. Deshalb seien Standards zur Prozessqualität und ein Qualitätsmanagementsystem zur Prozessverbesserung zu begrüßen. Es sei gut, dass das BAG versuche, die Standards und die Qualitätssicherung zu koordinieren, da sonst jeder Kanton ein eigenes System aufbauen würde und am Schluss 26 verschiedene Standards und Systeme bestünden.

Bezüglich der **Q U A F O S** Standards wird die Frage aufgeworfen, ob es gut sei, wenn eine Gruppe von ExpertInnen die Standards formuliert. Oder sollten die Institutionen nicht stärker eingebunden werden, als durch die drei Vertreter in der Expertengruppe. Jede Institution hat ihre eigene Entwicklung und sollte diese in die Formulierung der Standards einbringen können. Insgesamt bewegt sich die Haltung der TeilnehmerInnen gegenüber den **Q U A F O S** Standards zwischen vollem Vertrauen in die Expertengruppe bis zu einem kritischen Misstrauen.

## Wer benutzt diese Standards? Wie findet die Umsetzung statt?

Zur Umsetzung der Standards ergaben sich viele Fragen. Wie soll z.B. damit umgegangen werden, wenn eine Einrichtung einen Standard nicht erfüllt. Wenn die Institution einfach kommentarlos erfahre, dass sie den Standard nicht erfüllt habe, so sei dies problematisch. Vielmehr sei doch ein kontinuierlicher Prozess wichtig, in dem auf die Erfüllung der Standards hingearbeitet werden könne und eine interne Diskussion ausgelöst werde. Es bestehe sonst die Gefahr, dass die Standards zu einer Alibiübung verkommen (Treppenlauf versus Hürdenlauf). Es wurde auch gewünscht, dass bei der Nichterfüllung von Standards eine Fachperson in die Therapieeinrichtung kommen würde, die Hilfestellung bei der Problemanalyse und der Auslösung eines internen Prozesses böte.

Daraufhin wurde die Frage aufgeworfen, ob es eine Regelung darüber geben werde, was passiere, wenn man nur einen gewissen Anteil der Standards erfüllt habe. Falls es eine solche Regelung geben sollte: wie hoch würde der Anteil an zu erfüllenden Standards ausfallen? In diesem Zusammenhang wurde aber darauf hingewiesen, dass es klar sei, dass die BSV Standards alle erfüllt werden müssen.

Zudem wird auch der Bezug zum Projekt QuaTheDA hergestellt. Es geht dabei um die Frage, ob die Standards von QuaTheDA übernommen werden und das ganze QuaTheDA auch mit "Labels" arbeiten werde. Die Verbindung zwischen

Standards und Behörden bzw. Kostenträger wird als problematisch beurteilt. Besser wäre es, wenn eine neutrale Institution dazwischen geschaltet wäre, z.B. das ISF. Eine potentielle Verknüpfung der Ergebnisqualität mit der Finanzierung löst Ängste aus. Wer definiert in einem solchen Fall das Ergebnis und wie würde dies ausgewertet?

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Standards tauchte häufig die Frage nach den kleineren Einrichtungen auf. Diese bräuchten einen Schutz, da einige Standards für sie voraussichtlich schwieriger zu erfüllen sind.

### **Meinungen zu den vorgestellten Q U A F O S Standards**

Die Rückmeldungen zu den **Q U A F O S** Standards bezogen sich einerseits auf das Standardsystem und andererseits auf die konkreten Standards. Zum Standardsystem wurde geäußert, dass die Minimalstandards nützlich seien, die Referenzstandards aber eher kritisch zu betrachten seien. Zudem sollte die Strukturqualität enger definiert werden, die Prozessqualität und Ergebnisqualität indessen weiter und offener. Auch ein modularer Aufbau der Standards sei im Bereich des Möglichen: könnten nicht für verschiedene Institutionsgruppen unterschiedliche Standards gelten? Ebenfalls wurde die Frage gestellt, inwiefern die Standards, welche im Projekt **Q U A F O S** definiert werden, diskutabel seien.

Von den präsentierten Standards wurde hauptsächlich über die Räumlichkeiten und die zeitliche Beschränkung von Überauslastungen (über 100% Auslastung) diskutiert. Inhaltlich quantitative Standards seien demzufolge zu einengend. Für kleine Einrichtungen sei es in Übergangszeiten schwierig, den Standard zur Auslastung einzuhalten. Andere beurteilen den Auslastungsstandard als eine fruchtbare Regel: wenn die Auslastung über Jahre hinweg immer wieder längere Zeit über 100% steige, dann stimme etwas mit der Einrichtung nicht. Auch Standards zu den Räumlichkeiten können Probleme ergeben, da Veränderungen in diesem Bereich kostenintensiv und nur langfristig durchführbar seien. Es wird in Frage gestellt, ob es überhaupt Standards zu den Räumlichkeiten brauche.

## **7.6. Garantie de la qualité et projets de qualité: amélioration des traitements ou paperasse administrative?**

Modératrice: Claire Roelli, COSTE  
Protocole: Réjane Dreifuss, ISF / FOS

La modératrice insiste sur le fait qu'il faut à tout prix faire part ici des attentes et des préoccupations des institutions.

**Introduction: cadre général de la discussion.**

Questions: amélioration des traitements ou supplément de paperasse administrative? Pour quels secteurs faudrait-il appliquer des standards? Pour quelques uns, pour tous? Quels sont les avantages et désavantages des différents standards présentés au cours des conférences du matin? Quels sont les opinions sur les projets de qualité externe? Est-ce utile? Quelle approche critique? Avez-vous déjà introduit des critères de qualité dans vos institutions?

De manière générale, les participants étaient d'accord sur le fait que l'introduction de critères de qualité dans les institutions de thérapie résidentielle constitue une nécessité.

**Avez-vous déjà introduit des critères de qualité dans vos institutions?**

En général, les institutions n'ont pas de projets d'assurance de qualité concrets. Elles attendent le projet QuaThéDA. Toutefois, dans un centre de thérapie résidentielle, on procède à l'inventaire écrit des prestations actuelles.

Le représentant d'un centre soulève le problème suivant: son institution reçoit des subventions de quatre instances différentes et se doit donc de répondre à quatre exigences concernant les critères de qualité. Les instances de financement ont des langages étéroclytes, d'où les difficultés pour l'institution de trouver un système – une compatibilité de différents systèmes – pour satisfaire l'ensemble des bailleurs de fond.

**Pour quels secteurs faudrait-il appliquer des standards? Pour quelques uns, pour tous?**

De manière générale: il faut appliquer des standards de qualité dans tous les services qui ont la charge de toxicodépendants et qui sont subventionnés, c'est-à-dire les institutions de thérapie résidentielle, mais aussi les services ambulatoires. Il faut procéder à l'évaluer de toute la chaîne thérapeutique. Actuellement, on fait particulièrement pression sur le résidentiel, c'est-à-dire qu'on exige une qualité qui n'est pas (encore) exigée pour l'ambulatoire.

A l'intérieur d'une institution: il faut introduire des standards de qualité dans tous les secteurs au sein d'une institution thérapeutique. Le but de QuaThéDA est de trouver des standards qui s'appliquent à l'ensemble des institutions et pour tous les secteurs au sein d'une institution (démarche de comparaison).

Un représentant de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) répond qu'il y aura une pression de l'intérieur. La pression sur les institutions résidentielles devrait entraîner une pression sur les services ambulatoires. Grâce aux instruments développés par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), FOS et

**QUA FOS**, on a pu mettre en route le processus pour les institutions résidentielles. Ces instruments n'existent pas pour les services ambulatoires. Il devrait y avoir un processus de déclinaison. L'harmonisation des données a pris du temps.

### **Quelles sont les problèmes et les craintes des institutions par rapport à l'introduction de critères de qualité?**

Les représentants des institutions craignent un processus trop contraignant. L'introduction des critères de qualité dans les institutions à "petits moyens financiers" pourrait être problématique. Comment vont-elles faire au niveau des ressources? Ces institutions pourraient être menacées. Le représentant de l'OFSP répond qu'il faudra se tourner vers les sponsors. Les institutions doivent développer un langage commun entre les professionnels et les bailleurs de fonds.

Les petites institutions devront remettre en question leur fonctionnement: centraliser et mettre en route tout un processus d'administration. C'est un changement fondamental. Il y aura des standards de formation. Qu'en sera-t-il des personnes de terrain, formées mais pas diplômées? Tout cela coûtera plus cher. Y aura-t-il des moyens financiers débloqués pour la transition?

Les représentants des institutions émettent des craintes quant à l'utilisation des standards de qualité. En effet, en général, les changements structurels viennent dans des périodes de compression. Quelles sont les fins réelles de l'introduction des standards de qualité? Quelles seraient les conséquences pour une institution qui n'atteint pas les standards minimums? Ces instruments peuvent donner des arguments pour réduire les subventions, voire procéder à la fermeture de certaines institutions.

Les standards minimums sont relativement bas. Il y aura forcément un nivellement par le bas. Les spécificités des institutions deviendront-elles alors luxe? On craint une certaine normalisation. Les institutions deviendront comparables mais ne seront plus complémentaires. Elles devront abandonner leurs traits d'originalité, les marques dues à l'initiative individuelle. Il est clair que l'aspect de qualité est réducteur, mais il doit rester réaliste. Le représentant de l'OFSP pense que l'on pourrait envisager des modules de qualité obligatoires et des modules de qualité facultatifs, c'est-à-dire qu'il y ait deux sources de financement. De plus, tout le monde est conscient en Suisse qu'il est important d'avoir une palette d'offres thérapeutiques la plus large possible (exemple: remise d'héroïne).

En général, on est d'accord à moyen ou à court terme, mais à long terme, c'est risqué. Aujourd'hui, on n'a pas forcément conscience des effets secondaires de ces mesures.

Le problème du temps nécessaire pour remplir les critères de qualité a été soulevé: mettre sur pied un système de qualité demande un 20-30%. Où le trouver



ce temps? C'est particulièrement difficile pour les petites institutions. Sur le court terme, cette adaptation se fera forcément au détriment des résidents (réduction de la qualité de l'accompagnement). En effet, la formation aux standards de qualité dure au minimum 5 jours. A cela s'ajoute 1 à 1,5 jour par semaine pour l'administration de la qualité. D'une manière générale, on est d'accord que c'est un gain à moyen-long terme, mais une perte à court-terme.

La sensibilisation des équipes constitue un problème de fond. En effet, les critères de qualité sont ressentis comme des problèmes supplémentaires pour les équipes. La période de compression dans laquelle nous vivons oblige les institutions à réduire les postes de travail. Dans ce contexte difficile, l'arrivée des critères de qualité est perçue avec méfiance (problème affectif dont il faut tenir compte): l'introduction des critères de qualité peut être comprise comme un moyen de contrôle des équipes par les responsables des institutions. Les représentants des institutions aimeraient que les instances qui visent à l'introduction des critères de qualité, organisent des journées d'information (en dehors de l'institution), non seulement pour les responsables des institutions, mais aussi pour les équipes de terrain. On ressent fortement la nécessité de procéder à un travail de sensibilisation: présenter la qualité au sens large du terme, le contexte, les exigences, pour qui, pourquoi, etc.

Le problème est que les représentants des institutions ne savent pas vraiment pourquoi l'OFAS veut introduire des critères de qualité? Le représentant de l'OFSP répond que le but de l'OFAS est de permettre l'augmentation des compétences: quels types de traitements pour quels résultats. La démarche de la qualité est de motiver à faire et non de contrôler. QuaThéDA (approche globale) n'a pas accès aux données FOS (outil global de statistique). Qu'est ce qui fait l'objet d'un contrôle? L'OFSP connaît les tendances générales, mais n'a pas accès aux données des institutions en particulier. Par exemple, lors de la journée de restitution des résultats de **Q U A F O S**, chaque institution a reçu les données de sa propre institution qu'elle pouvait comparer aux données des institutions en général.

Le représentant d'un service ambulatoire soulève un certain nombre de questions quant au haut-seuil/bas-seuil, au médical/social, etc. MEDROTOX est un réseau de médecins. Cette organisation soutient le travail des médecins: rendre le traitement des patients moins difficile et procéder à une meilleure répartition (plus de médecins concernés et moins de patients à traiter par médecin). Le problème de la collaboration entre le médical et le résidentiel est esquissé.

**Quels sont les points positifs du QuaThéDA (plaisirs, les satisfactions)?**

On a énuméré ce qui suit:

- vendre ce que l'on fait (au juste prix et non à la baisse),
- bénéficier d'un feedback (externe) en vue d'une amélioration,
- développer une "culture de comparaison",
- processus d'auto-contrôle,
- mieux dire ce que l'on fait,
- rechercher une cohérence dans ce que l'on fait,
- échange avec les partenaires à tous les niveaux.

**Quels standards? De quelle nature sont-ils?**

Dans le groupe QuaThéDA, on procède actuellement à une "première lecture". Pour l'instant, on s'occupe des questions structurelles et pas encore vraiment des chapitres "processus" et "résultats". On s'intéresse aux questions de la sur-occupation, de l'établissement de standards de qualité de référence, aux critères de renvoi, aux instances de recours, à la qualification du personnel (trouver une définition), etc. Lors des journées de janvier en Suisse-romande, il faudra définir les questions auxquelles chaque chapitre doit répondre: déclaration d'intention générale (charte), concept de gestion, concept de traitement.

**Conclusion**

En guise de conclusion, la modératrice a demandé à chacun de trouver un mot-clé qui pourrait qualifier l'état actuel des choses: belle aventure, se comprendre, espoir, échange, réalité, mais encore..., synergie, âme.

## 8. Podiumsdiskussion

Teilnehmer/-innen: Anja Dobler-Mikola (ISF), Markus Jann (Beauftragter für Suchtfragen, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern), Bertrand Nussbaumer (Goeland, CRIAD), H.-R. Pfeifer (PUK Zürich, SDSS), Ueli Simmel (KOSTE), René Stamm (BAG), Ralph H.U. Wettach (ISF),

Anja Dobler-Mikola hält im Anschluss an die Berichterstattungen der ArbeitsgruppenleiterInnen fest, dass eine grundsätzliche Bereitschaft zur Einführung von Qualitätsstandards bzw. zur Überprüfung und Reflexion der therapeutischen Praxis vorhanden sei. Dies sei auf jeden Fall eine günstige Voraussetzung für die Einführung der Qualitätssicherung im Therapiebereich. Gleichzeitig gilt es jedoch, die kritischen Stimmen wahrzunehmen und die vorhandenen Ängste und Unsicherheiten ernst zu nehmen. Dies betrifft die Angst vor "Zwangstandardisierung" auf der Grundlage von einheitlichen, rigiden Standards, die Angst vor Sanktionierung, die Angst vor "gläsernen Häusern", die Angst vor Einschränkung der eigenen Individualität und Kreativität sowie die Angst vor dem Ausgeliefertsein gegenüber den Behörden. Ein bisschen zu kurz gekommen ist allerdings die Frage nach den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Anja Dobler-Mikola leitet die Diskussion mit der Frage nach dem konstruktiven Eingehen auf die vorhandenen Verunsicherungen und Ängste ein. Kommt Qua-TheDA rechtzeitig, koordiniert es genügend und besteht überhaupt noch die Möglichkeit zur Mitsprache unter dem gegebenen Zeitdruck?

René Stamm antwortet, dass man grundsätzlich keine zu ehrgeizigen Ziele für 2001 festlegen sollte. In der ersten Phase bis 2001 geht es darum, sich zunächst auf die Definition der Prozesse bzw. auf den Aufbau des Systems zu konzentrieren. In Bezug auf die Umsetzung gilt es, sich auf die verbindlichen Kriterien des BSV zu beschränken. Priorität hat also zunächst das Ziel, diesen Kriterien zu genügen. Die Frage nach der adäquaten Teilhabe der Institutionen an der Entwicklung der Standards ist schwierig. Aber das BAG werde sich darum bemühen, die einzelnen Institutionen so weit als möglich in den Prozess einzubeziehen. Die Institutionen müssen darüber diskutieren, ob ihnen der vorgeschlagene Weg auch umsetzbar erscheint. Hier ist das BAG auf die Rückmeldungen der Praxis angewiesen. Das BAG möchte so offen wie möglich sein und gleichzeitig trotzdem kontrolliert vorgehen, das heisst, es kann nicht dauernd alles wieder in Frage gestellt werden.

Markus Jann stellt fest, dass das Interesse an Qualitätssicherung gewachsen sei. Früher sei man dem Thema noch mit viel mehr Argwohn und Ablehnung begegnet. Pauschale Ablehnungen kämen eigentlich nicht mehr vor. Dass die Unsi-

cherheit nicht gänzlich verschwunden ist, sei gar nicht schlecht, denn man sei noch weit davon entfernt, sich bezüglich "Qualität" sicher zu sein. Ein Qualitätssystem ohne Verunsicherung wäre wohl ein eher totes System. Das Qualitätssystem muss vielmehr fortlaufend weiterentwickelt werden, es darf nicht einfach in der Schublade "landen". Deshalb erachtet Markus Jann den Einbezug aller Beteiligten als zentral. Es gehe zunächst darum, einen ersten Entwurf eines Qualitätsmanagements zur Diskussion zu stellen. Man müsse davon wegkommen, auf Anhieb die perfekten Standards zu formulieren. Das lähme nur den Entwicklungsprozess. Man müsse sich vielmehr auf halbfertige Standards einlassen und diese dann weiter optimieren. Auf der Ebene der Kantone sollen die Qualitätsstandards helfen, den Bedarf zu entwickeln bzw. zu steuern. Bis anhin fehlt ein Instrument, mit dessen Hilfe die Entwicklung der Angebote strukturiert geführt werden kann.

Bertrand Nussbaumer legt nochmals die Sicht der Praxis dar. Er weist darauf hin, dass die Qualitätssicherung relativ schlecht eingeführt wurde und deshalb Verunsicherung auslöste. Der Wunsch nach Qualitätsstandards ging ja nicht von den Institutionen aus, sondern wurde ohne Absprache von "oben" aufoktroziert. Vor diesem Hintergrund ist die Verunsicherung ganz und gar verständlich. Es ist vielfach noch zu wenig klar, wozu eigentlich eine Qualitätssicherung eingeführt werden soll, und wem sie letztlich zugute kommt. Das Problem bestehe nun darin, dass man diese grundlegenden Fragen aufgrund des Zeitdrucks überspringe. Dies wäre aber die Voraussetzung, um die Verunsicherungen abzubauen und Akzeptanz zu schaffen. Um nun die Qualitätssicherung positiv weiterzuführen, indem letztlich alle davon profitieren können, müsse das weitere Vorgehen transparent gestaltet werden. Und es brauche unbedingt die Beteiligung der Institutionen bei der Definition der Standards.

Markus Jann weist nochmals darauf hin, dass es einerseits den Mut zur Vorläufigkeit brauche, was die Standards betreffe, und andererseits auch den Mut für finanzielle und personelle Investitionen in die Entwicklung der Qualitätssicherung. Und die Kommunikation zwischen BSV und Praxis muss insofern optimiert werden, als der Rückmeldeprozess tatsächlich ernst genommen wird.

Ueli Simmel meint, dass Verunsicherungen primär über Informationen und Transparenz abzubauen sind. Und selbstverständlich kommt in diesem Zusammenhang der Einbindung der Institutionen besondere Bedeutung zu. Standards zu setzen käme immer einer enormen Gratwanderung gleich. Ein weiterer Weg zum Abbau von Ängsten kann darin bestehen, die Entwicklung von Qualitätsstandards in die eigene Hand zu nehmen und selber aktiv zu werden. Ueli Simmel relativiert die Aufoktroierung von "oben", indem er auf den Konsensbildungsprozess im Rahmen des Föderalismus hinweist. Es brauche jetzt nicht nur den Mut zur Lückenhaftigkeit und Nichtperfektion, sondern insbesondere den Mut zur

Umsetzung. Die Vorbereitungszeit sei zu Ende, man müsse jetzt mit der Umsetzung beginnen.

Ralph H.U. Wettach legt die Rolle der Forschung beim Abbau von Verunsicherung dar. Er verweist auf **QUAFOS** als eine Dienstleistung für Qualitätssicherung. Es müsse transparent gemacht werden, wie im Rahmen von **QUAFOS** Qualitätsstandards entwickelt werden und welche Daten verwendet wurden. Von Seiten der Forschung kann zum einen methodisches Know-how eingebracht werden. Qualitätssicherung habe ja schliesslich viel mit Datenerhebung zu tun. Und die Forschung kann sich zum anderen inhaltlich vertieft bestimmten Themen und Aspekten im Zusammenhang mit Qualitätsfragen widmen. Hier könne die Praxis von Forschungsergebnissen direkt profitieren.

Anja Dobler-Mikola meint, dass die Forschung Systematisierungshilfe leiste. Sie beuge damit einer Willkür von normativen Standardsetzungen vor.

Frage aus dem Publikum: Wie wird der Support von QuaTheDA sein? Geht dieser über die Schulung von Qualitätsbeauftragten hinaus?

Antwort René Stamm: Der Support vom BAG besteht erstens darin, dass die Institutionen das System nicht kaufen müssen, sie erhalten es gratis. Zweitens bildet QuaTheDA die Qualitätsverantwortlichen der Institutionen aus. Drittens wird die Umsetzung von QuaTheDA von seiten des BAG begleitet.

Frage aus dem Publikum: Wie wird der Tessin einbezogen?

Antwort René Stamm: Die Informationen laufen primär auf Deutsch und Französisch. Es werde aber abgeklärt, ob spezifische Informationen auch noch ins Italienische übersetzt werden.

Anja Dobler-Mikola bedankt sich bei den TeilnehmerInnen und beim Publikum und beendet die Podiumsdiskussion.

## 9. Evaluation des Symposiums

Im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung wurde das Symposium evaluiert. Die Fragen bezogen sich auf die Tagung insgesamt, die Referate, die Podiumsdiskussion, die Arbeitsgruppen sowie auf das Symposium allgemein. Alle TeilnehmerInnen erhielten bei der Einschreibung einen Evaluationsbogen und sie wurden während der Tagung mehrmals gebeten, diesen auszufüllen. Von den 111 verteilten Fragebogen konnten 52 ausgewertet werden. Dies ergibt einen Rücklauf von 47%.

### Tagung

Insgesamt beurteilte die Mehrheit der Antwortenden (82%) den Umfang der Tagung als genau richtig (Tabelle 1). Als zu umfangreich bzw. zu knapp bemessen empfanden sie jeweils 12% bzw. 6% der antwortenden Personen.

Für 92% der Antwortenden waren alle wichtigen Zielgruppe einbezogen (Tabelle 2). Nur vereinzelt wurde das Gegenteil angegeben.

*Tabelle 1: Umfang der Tagung*

	tendenziell zu knapp	genau richtig	tendenziell zu umfangreich	eindeutig zu umfangreich	Summe
Wie haben Sie den Umfang der Tagung empfunden?	3 6%	40 82%	6 12%	0 0%	49 100%

missing data=3

*Tabelle 2: Zielgruppen*

	ja	nein	Summe
Waren Ihrer Meinung nach alle wichtigen Zielgruppen einbezogen?	44 92%	4 8%	48 100%

missing data=4

### Referate

31% der Personen fanden die Inhalte der Referate gut verständlich (Tabelle 3). Zwei Drittel beurteilten sie sogar als sehr gut verständlich.

Auch der Informationsgehalt der Referate wurde praktisch durchgehend positiv beurteilt: 63% der antwortenden Personen fanden die Referate recht informativ und 35% sehr informativ (Tabelle 4).

Tabelle 3: Verständlichkeit der Referate

	sehr gut ver- ständlich	gut ver- ständlich	eher wenig verständlich	schlecht ver- ständlich	Summe
Waren die Referate inhaltlich gut ver- ständlich?	36 69%	16 31%	0 0%	0 0%	52 100%

missing data=0

Tabelle 4: Informationsgehalt der Referate

	sehr infor- mativ	recht infor- mativ	wenig infor- mativ	nicht infor- mativ	Summe
Wie beurteilen Sie den Informationsge- halt der Referate?	18 35%	33 63%	1 2%	0 0%	52 100%

missing data=0

## Podiumsdiskussion

Mehr als zwei Drittel der Befragten gaben an, dass die Zeit für die Podiumsdiskussion gerade richtig bemessen worden ist (Tabelle 5). Jeweils ungefähr jede/jeder Siebte meinte, dass die Zeit zu knapp bzw. zu lange bemessen gewesen sei.

Die Podiumsdiskussion wurde von drei Viertel der Personen als fruchtbar bis sehr fruchtbar erlebt (Tabelle 6). Ein Viertel der Antwortenden empfand sie als wenig fruchtbar.

Tabelle 5: Zeit für die Podiumsdiskussion

	gerade rich- tig	zu knapp be- messen	zu lang be- messen	Summe
Wie war Ihrer Meinung nach die Zeit für die Podiumsdiskussion bemessen?	26 70%	5 14%	6 16%	37 100%

missing data=15

Tabelle 6: Nutzen der Podiumsdiskussion

	als sehr fruchtbar	als fruchtbar	als wenig fruchtbar	als über- haupt nicht fruchtbar	Summe
Wie haben Sie die Podiumsdiskussion er- lebt?	2 6%	26 70%	9 24%	0 0%	37 100%

missing data=15

## Arbeitsgruppen

Die zeitliche Begrenzung der Diskussion in den Arbeitsgruppen fanden 78% der Personen als gerade richtig bemessen (Tabelle 7). Dagegen befanden sie 16% für zu lang und 6% für zu knapp.

Die Mehrheit der Antwortenden erlebte die Diskussion in ihrer Arbeitsgruppe als fruchtbar (68%) bis sehr fruchtbar (14%), während sie von knapp einem Fünftel als wenig fruchtbar beurteilt wurde (Tabelle 8).

*Tabelle 7: Zeit für die Arbeitsgruppen*

	gerade richtig	zu knapp bemessen	zu lang bemessen	Summe
Wie war Ihrer Meinung nach die Zeit für die Diskussion in den Arbeitsgruppen bemessen?	39 78%	3 6%	8 16%	50 100%

missing data=2

*Tabelle 8: Diskussion in den Arbeitsgruppen*

	als sehr fruchtbar	als fruchtbar	als wenig fruchtbar	als überhaupt nicht fruchtbar	Summe
Wie haben Sie die Diskussion in Ihrer Arbeitsgruppe erlebt?	7 14%	34 68%	9 18%	0 0%	50 100%

missing data=2

## Funktionen des Symposiums

Die Mehrheit der antwortenden Personen fand, das Symposium habe einiges (54%) bzw. viel (32%) "gebracht" an inhaltlicher Diskussion von wissenschaftlichen Ergebnissen und deren Vermittlung an die Praxis (Tabelle 9). 14% der Antwortenden gaben an, das Symposium habe wenig "gebracht".

Die Beurteilung des Symposiums hinsichtlich gegenseitigem Austausch und informellen Kontakten fiel noch günstiger aus: praktisch alle Antworten waren positiv, d.h. die befragten Personen fanden, das Symposium habe diesbezüglich einiges (54%) resp. viel (43%) "gebracht" (Tabelle 9).

Insgesamt wird das jährlich durchgeführte FOS-Symposium von praktisch allen Antwortenden als wichtiges Forum des Informationsaustausches und der Kontaktpflege angesehen (Tabelle 10).



Tabelle 9: Ziele des Symposiums

	Symposium hat viel "ge- bracht"	Symposium hat einiges "gebracht"	Symposium hat wenig "gebracht"	Symposium hat nichts "gebracht"	Summe
Ein erstes wichtiges Ziel des Symposiums ist die inhaltliche Diskussion von wissenschaftlichen Ergebnissen und deren Vermittlung an die Praxis. Wie wurde diese Zielsetzung Ihrer Einschätzung nach erfüllt?	11 32%	19 54%	5 14%	0 0%	35 100%
Ein zweites wichtiges Ziel des Symposiums ist die Förderung von gegenseitigem Austausch und von informellen Kontakten. Wie beurteilen Sie das Symposium in dieser Hinsicht?	15 43%	19 54%	1 3%	0 0%	35 100%

missing data=17

Tabelle 10: Symposium als Forum für Informationsaustausch und Kontaktpflege

	stimmt vollständig	stimmt überwie- gend	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überwie- gend nicht	stimmt überwie- gend nicht	Summe
Das jährliche FOS-Symposium ist für mich ein wichtiges Forum des Informationsaustausches und der Kontaktpflege	13 37%	15 43%	5 14%	1 3%	0 0%	1 3%	35 100%

missing data=17

## Schlussfolgerungen

Dem X. FOS Symposium werden sowohl insgesamt als auch in allen Bereichen – Referate, Podiumsdiskussion, Arbeitsgruppen – durchgehend gute bis sehr gute Noten gegeben. Die zeitliche Aufteilung der Veranstaltung stösst auf breite Zustimmung. Optimierungen sind beim Informationsgehalt der Referate anzustreben, die von zwei Drittel als "recht informativ" und von einem Drittel als "sehr informativ" beurteilt wurden. Auch die Podiumsdiskussion ist gehaltvoller zu gestalten, da sie zwar von 70% der Befragten als "fruchtbar", jedoch lediglich von 6% als "sehr fruchtbar" bezeichnet wurde. Ähnliche Schlussfolgerungen sind für die inhaltliche Ausgestaltung der Arbeitsgruppen zu ziehen, die wiederum von zwei Dritteln als "fruchtbar" und nur von einer Minderheit von 14% als "sehr fruchtbar" erlebt wurden.

Das Symposium wird allgemein als ein wichtiges Scharnier zwischen Forschung und Praxis bezeichnet. 86% der Befragten finden, dass das Symposium hinsichtlich Diskussion und Wissenstransfer von der Forschung zur Praxis "einiges"

oder "viel gebracht" hat. Auch der informelle Austausch wird von einer grossen Mehrheit der Befragten geschätzt.